



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2013

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Lucile AST

Le vendredi 13 décembre 2013

**EVENEMENT INDESIRABLE EN MEDECINE GENERALE :
MODALITES DE L'ANNONCE ET CONSEQUENCES**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur M. Klein

Président

M. le Professeur C. Rabaud

Juge

M. le Professeur X. Ducrocq

Juge

M. le Docteur P. Peton

Directeur de thèse

Mme le Docteur S. Siegrist

Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

Doyen de la Faculté de Médecine :

Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseeurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Monsieur le Professeur Marc Klein,

Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en présidant cette thèse.

Nous vous prions d'accepter nos remerciements et notre reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et pour la gentillesse dont vous avez fait preuve à notre égard.

Veillez trouver ici la marque de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Christian Rabaud,
Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Nous vous remercions de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie de notre jury.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, le dernier devoir d'une scolarité, alors même que votre épouse jugeait mes copies d'allemand il y a 15 ans, et j'en suis très heureuse.

A Monsieur le Professeur Xavier Ducrocq,
Professeur de Neurologie

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver
ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Patrick Peton,
Médecin des Hôpitaux,

Vous nous avez proposé ce sujet éminemment intéressant, bien centré sur la médecine générale.

Vous avez accepté de diriger ce travail et nous vous remercions pour vos conseils, votre soutien et la liberté que vous nous avez laissée au cours des différentes étapes de ce travail de thèse.

Nous vous exprimons notre sincère gratitude et notre profond respect.

A Madame le Docteur Sophie Siegrist,
Médecin généraliste,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre sujet. Vous nous avez été d'une aide précieuse et sympathique.

Nous vous exprimons nos remerciements et notre sincère gratitude.

A tous les services hospitaliers où j'ai fait ma formation d'externe puis d'interne.

En particulier aux très sympathiques équipes médicales et paramédicales du service de Pneumologie de Verdun qui m'ont accompagnée lors de mes premiers pas d'interne. Merci à Dr Level, chef de service dévouée et prévenante, envers ses patients et ses collègues, toujours avec humour.

Aux médecins et à l'équipe de Pédiatrie de Saint-Avoid, qui m'ont beaucoup appris, avec une mention spéciale pour Dr Kirsch et ses blagues décalées qui m'ont beaucoup fait rire.

A Dr Pierson et Natacha Peter, ainsi qu'à tout le service de médecine A de Lunéville où j'ai apprécié travailler. Et à Marie et Cécile, les internes de choc avec qui j'ai passé d'excellents moments !

Au service des Urgences de Nancy, pour leur qualité de travail et la bonne ambiance générale, malgré les difficultés propres aux urgences et au CHU.

Aux médecins généralistes maîtres de stage qui m'ont fait découvrir avec passion leur façon de travailler et m'ont convaincue dans mon choix professionnel.

Au personnel de la maison médicale de Vézelize, particulièrement à Sylvie et Marie-Line, pour leur gentillesse et leur accueil !

Aux médecins que je remplace actuellement avec plaisir, je les remercie de leur sympathique bienveillance.

Et bien sûr à tous les médecins généralistes que j'ai interviewés pour cette thèse et qui ont gentiment accepté de se confier, je leur en suis très reconnaissante !

A mes parents, qui ont toujours été un modèle pour moi, d'ouverture d'esprit, de curiosité et de générosité, sans jamais se prendre au sérieux. Votre soutien m'a permis d'en arriver là, merci.

Maman, ton humanité, ton écoute et ta patience m'ont guidée. J'aime l'innocence de tes 12 ans, ton étourderie tellement drôle, ta capacité d'adaptation à tout et tout le monde et ta bonne humeur.

Papa, ta sensibilité et ton énergie m'impressionnent encore. J'aime ta prose et ta répartie qui te rendent si sociable, à juste titre.

A Mathieu, pour avoir toujours essayé de me coacher. Ce n'est pas de ta faute si tu n'y es pas parvenu ! Ta force tranquille, ton ouverture au monde, ton côté scientifique rêveur font de toi un grand frère inspirant.

A mon frère Gautier, parce que tes nombreuses convictions m'ont toujours encouragée à me forger une opinion sur les choses. Ta capacité d'adaptation et de travail, ton sens aigu pour cerner les gens, ton caractère bien trempé te rendent unique et si attachant.

A ma sœur Clotilde, parce que nos différences n'empêchent pas notre lien. Parce que ta générosité, tes petites attentions et ta cuisine mémorable me touchent. Parce que grâce à toi et ton univers j'apprends beaucoup et me sens grandie.

A Jane, Giseli et Thomas qui contribuent à l'énergie et la bonne humeur familiale.

A Martin et Zénaïde, mon neveu et ma nièce dont je suis si fière. J'aimerais vous voir plus souvent !

A Marie-Anne et Dilou, mes tantes médecins, qui m'ont montré la voie.

A mes grands-parents que j'aurais voulu à mes côtés en cette occasion, je ne vous oublie pas. Vous avez chacun, à votre manière, joué un rôle fort dans ma construction personnelle.

A toute la famille, proche ou plus éloignée, à mes marraines, parrain et filleuls, qui me rappellent que l'union familiale est une force.

A Charlène, 14 ans dans la même classe, du CM2 à l'externat. Que de beaux souvenirs ensemble et une amitié toujours plus forte, malgré la distance. J'aime ton écoute sans jugement et ta force de caractère. Merci pour ton aide tout au long des études, des schémas de P1 qu'on se partageait, à ta relecture et tes précieux conseils pour cette thèse !

A Caro, même si nos vies sont si différentes maintenant, on a toujours tout partagé et j'espère que ça ne changera pas ! C'est avec toi que j'ai commencé à m'intéresser à la médecine en inventant le syndrome « Calu ». J'adore ta spontanéité et ta belle petite famille, qu'on ait notre langage à nous, si rapide que peu le comprennent, et surtout qu'on se connaisse si bien !

A Marine, de Padoue à Phnom Penh, de Lille à Cagliari, on en a fait des kilomètres ensemble et j'espère bien que ce n'est pas fini ! Tu m'as toujours supporté, avec optimisme et humour, malgré mes maladresses et mes « râleries », et par ton écoute tu m'as aidé à me construire.

A Paule, amie d'enfance, amie de toujours. Je n'oublierai jamais tes leçons de lecture qui m'ont permis d'en être là aujourd'hui, ainsi que toutes nos « conneries » partagées bien sûr ! Notre amitié fidèle compte beaucoup pour moi.

A Laure, qui a toujours un p'tit goûter et un bon mot en réconfort ! Pour toutes les heures passées à refaire le monde, après un film du Cameo, plutôt qu'à réviser, pour ta curiosité intellectuelle et ta pédagogie qui m'ont été d'une grande aide.

A Marie-Lo, parce que se retrouver autour d'un verre ou à la « Pép' » pour un footing c'était bien agréable ! Ta gentillesse, ta simplicité et ta bonne humeur en toutes circonstances, même quand il s'agit de jouer la bricoleuse pour m'aider à emménager, font chaud au cœur.

A Camille, Karen, Charlène et Amandine pour nos « week-ends filles » auxquels je tiens tant ! Pour toutes les aventures, les fous rires et les « discussions de filles » partagés, pourvu que ça continue encore longtemps comme ça !

A Sophie, mon coach tout au long de cette thèse, sans toi je ne sais pas où j'en serais ! Merci pour ton soutien, ton réconfort et ton écoute. De nos débuts d'internes ensemble, à notre fameux été 2013, entre boulot et débriefings, c'est toujours un plaisir de te retrouver, à Nancy ou ailleurs !

A Anne-Cé, mon alter ego en quelque sorte ! Pour tous les stages ensemble où on nous prenait pour la même blonde, pour être mon « maître » en fiscalité, et parce que l'affrontement de nos caractères fait des étincelles, je suis heureuse de t'avoir comme amie à Nancy ! Et aussi pour le superbe « groupe de pairs » qu'on forme toutes les 3, avec Soph' !

A Christelle, ton énergie et ta bonne humeur m'ont toujours donné la pêche ! Tu es une amie sincère, attentionnée et drôle et j'apprécie le temps passé avec toi et ta famille.

A Ivana, pour les soirées « ex-cep-tion-nelles » que tu organises, et pour ton humour incomparable !

Enfin à Benjamin. Pour ta patience, ton aide précieuse pour cette thèse et tous les bons moments déjà passés ensemble. Je suis heureuse de compter désormais comme le Docteur numéro 1 dans ta vie (j'espère) !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je

jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Sommaire

Liste des abréviations.....	21
I. INTRODUCTION.....	22
II. EVENEMENT INDESIRABLE ET ANNONCE.....	24
2.1. Evènement indésirable : définitions et implications.....	24
2.1.1. Définitions.....	24
2.1.1.1. Evènement indésirable.....	24
2.1.1.2. Erreur médicale.....	25
2.1.1.3. Faute.....	26
2.1.2. Conséquences statistiques des évènements indésirables	26
2.1.3. Vécu par le médecin.....	28
2.2. L'annonce	28
2.2.1. Cadre juridique.....	28
2.2.2. Définition de l'annonce d'un évènement indésirable.....	29
III. MATERIELS ET METHODES.....	31
3.1. Présentation de l'étude.....	31
3.1.1. Type d'étude.....	31
3.1.2. Choix de la méthodologie de l'étude.....	31
3.2. Méthodologie de l'étude	32
3.2.1. Sélection des médecins interrogés.....	32
3.2.2. Elaboration du guide d'entretien.....	32
3.2.2.1. Mise en place du cadre.....	32
3.2.2.2. L'annonce de l'évènement indésirable au patient.....	33
3.2.2.3. Les conséquences de l'annonce pour le praticien.....	34
3.2.2.4. Comment améliorer cette annonce ?	35
3.2.3. Réalisation des entretiens.....	35
3.2.4. Modalités d'analyse des entretiens.....	36
IV. RESULTATS.....	37
4.1. Données statistiques sur les entretiens réalisés.....	37
4.2. Données statistiques sur les médecins interrogés.....	37
4.2.1. Age.....	37
4.2.2. Sexe	37
4.2.3. Mode d'exercice	38

4.2.4. Lieu d'exercice.....	38
4.2.5. Durée d'exercice.....	38
4.3. Analyse des discours.	38
4.3.1. Mise en place du cadre.	38
4.3.1.1. Ont-ils déjà vécu un évènement indésirable ?	39
4.3.1.2. Type d'évènement indésirable évoqué.	39
4.3.1.3. Circonstances particulières.	40
4.3.2. L'annonce de l'évènement indésirable.	41
4.3.2.1. Avis sur l'aspect législatif	41
4.3.2.2. Expérience d'annonce d'un évènement indésirable.....	43
4.3.2.3. Crainte par rapport à la relation médecin-patient.	45
4.3.2.4. Crainte par rapport au risque juridique.....	46
4.3.2.5. Faut-il annoncer aussi les presque incidents ?	47
4.3.3. Les conséquences de l'annonce d'un évènement indésirable.....	48
4.3.3.1. La seconde victime	48
4.3.3.2. Ressenti de l'évènement indésirable.	52
4.3.3.3. Verbaliser l'évènement indésirable	53
4.3.3.4. Répercussion sur la pratique médicale, remise en question	55
4.3.3.5. Changement d'approche de la formation médicale continue ?	57
4.3.4. Comment améliorer l'annonce d'évènement indésirable ?	58
4.3.4.1. Guide de l'HAS.	58
4.3.4.2. Intérêt de sensibiliser les confrères à l'annonce des évènements indésirables.....	59
4.3.4.3. Intérêt d'une personne tierce lors de l'annonce ?	60
4.3.4.4. Qu'est ce qui pourrait inciter à annoncer chaque évènement indésirable ?	62
V. DISCUSSION.....	63
5.1. Difficultés rencontrées.....	63
5.1.1. Liées au thème du sujet.	63
5.1.2. Liées à la méthode.	64
5.2. Limites de l'étude.	64
5.2.1. Liées à la réalisation des entretiens.	64
5.2.2. Biais de recrutement.....	65
5.2.3. Biais d'interprétation.	65
5.3. Résultats obtenus.	66

5.3.1. L'obligation législative d'annoncer les évènements indésirables.	66
5.3.2. Annoncer ou taire un évènement indésirable ?	67
5.3.3. Eléments qui pourraient limiter l'annonce d'évènements indésirables.....	68
5.3.3.1. Craintes pour la relation médecin-patient.	68
5.3.3.2. Craintes pour le risque juridique.	68
5.3.4. Ressenti de l'évènement indésirable par le médecin responsable.	69
5.3.4.1. Vécu personnel d'un évènement indésirable.	69
5.3.4.2. Evènement indésirable et seconde victime.	70
5.3.4.3. Parler de son erreur.	72
5.3.5. Conséquences sur la pratique professionnelle.	74
5.3.6. Améliorer l'annonce d'évènement indésirable au patient.	75
5.3.6.1. Etre accompagné lors de l'annonce au patient.	76
5.3.6.2. Comment annoncer systématiquement les évènements indésirables ?	77
VI. CONCLUSION.	80
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXE 1 :	87
Guide d'entretien utilisé lors des entretiens semi-dirigés	87
ANNEXE 2 :	90
GUIDE DE L'HAS : Annonce d'un dommage associé aux soins.....	90
ANNEXE 3 :	95
GUIDE DE L'APHP : En cas d'évènement indésirable grave : Que dire au patient ? Comment faire ?	95

Liste des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

APHP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris

AT : accident de travail

BMJ : British Medical Journal

CISP : Classification Internationale pour la Sécurité des Patients

ECBU : Examen cyto-bactériologique des urines

EI : évènement indésirable

ENEIS : Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RMM : Revue de morbi-mortalité

I. INTRODUCTION.

Exercer la médecine fait appel à des compétences scientifiques, qui sont enseignées durant de longues études, mais aussi à des compétences humaines. Et comme l'évoque la théorie de Reason « il est impossible de supprimer l'erreur du fonctionnement humain, quelle que soit la qualité de la formation des professionnels. » [1] Ainsi tout médecin peut être confronté un jour, au cours de son exercice professionnel, à la survenue d'un évènement indésirable (EI) ou d'une erreur. L'évènement indésirable se définit, tout au long de ce travail, comme un incident non désiré consécutif aux soins, [2] une atteinte inutile pour le patient, [3] aux conséquences plus ou moins graves.

Porter une attention aux évènements indésirables, de son propre fait, peut constituer un enjeu important de santé publique afin de minimiser leur survenue et limiter leurs conséquences. Pourtant peu d'études sur l'erreur médicale ont été réalisées en médecine de ville [4].

La loi Kouchner de 2002 rend indispensable d'annoncer aux patients ces évènements indésirables. Dans le cadre de la certification des établissements de santé il existe donc une évaluation de cette pratique au sein des secteurs hospitaliers.

Mais qu'en est-il pour le médecin généraliste qui exerce en libéral ? Il entretient un lien de communication direct, privilégié et sans intermédiaire avec son patient. Il ne subit pas la pression de l'accréditation, il n'a pas non plus d'entourage administratif ou juridique comme le médecin hospitalier. Nous nous sommes alors demandé comment il gèrait la survenue d'un évènement indésirable dans sa pratique professionnelle.

C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser cette étude auprès de médecins généralistes libéraux, avec pour objectif principal de comprendre comment ils réagissent face à l'annonce à leurs patients des évènements indésirables.

Evaluer les conséquences de cette annonce sur leur pratique et leur ressenti personnel constitue un objectif secondaire.

Le but final de ce travail serait d'améliorer le dispositif d'annonce des événements indésirables pour les généralistes, afin de les soutenir et de les encourager dans cette pratique, difficile, mais indispensable. Favoriser la transparence dans le discours permettrait probablement de limiter le recours à la justice par les patients, tout en optimisant la qualité des soins.

II. EVENEMENT INDESIRABLE ET ANNONCE.

2.1. Evènement indésirable : définitions et implications.

2.1.1. Définitions.

Il nous a semblé important dans un premier temps de définir l'évènement indésirable et les termes qui s'y associent d'erreur médicale et faute médicale.

2.1.1.1. Evènement indésirable.

Nous avons choisi comme définition pour l'évènement indésirable : « tout évènement ou circonstance qui a entraîné ou aurait pu entraîner une atteinte inutile pour un patient ». Il s'agit du terme proposé par l'OMS dans « Incident relatif à la sécurité du patient » (en anglais : *Patient Safety Incident*). Cette définition permet de cibler les évènements défavorables (*adverse event* en anglais) et les presque-incidents (*near miss* en anglais). Elle a l'avantage d'avoir été obtenue par un consensus international d'experts de l'OMS en 2007 (lors de l'enquête Delphi, coordonnée en vue de développer la CISP, la classification internationale pour la sécurité des patients) [3].

L'évènement indésirable est un évènement défavorable pour le patient, qui fait suite aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention ou de réhabilitation [5], il peut être immédiat ou différé. [6]

L'évènement indésirable est qualifié de grave s'il entraîne une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation, une incapacité ou un risque vital. [6]

D'après Thierry Farge et sa « boîte à outils », présentée lors du Symposium du Collège Lyonnais des généralistes enseignants intitulé « Erreurs médicales et

évènements indésirables : comprendre, prévenir », il existe trois mécanismes de l'évènement indésirable :

- Le savoir : erreurs cognitives (diagnostic, exécution des décisions)
- Le savoir faire : erreurs sensitivo-motrices (manque d'entraînement, inadéquation du matériel, difficultés propres à l'acte)
- Le savoir être : erreurs d'attitudes (propres au médecin, à l'environnement, propres au patient, à l'entourage) [5]

Le presqu'incident (ou presqu'accident) selon l'ANAES est une « situation dans laquelle un évènement (une omission ou une séquence d'évènements) survenant pendant les soins aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter » et il se caractérise par l'absence de dommages. [7]

Un évènement indésirable est évitable si l'on estime « qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue. » [5]

Lorsqu'un évènement indésirable résulte d'une « erreur » survenue à l'un des stades du processus de soins, il s'agit d'un « évènement indésirable évitable », l'erreur étant par définition, susceptible d'être prévenue. [7]

2.1.1.2. Erreur médicale.

La définition de Reason est la plus couramment admise, soit « l'échec d'une action planifiée à aboutir comme prévu » [8].

Une définition de l'erreur médicale fréquemment retrouvée est celle de Dovey [9]: « tout évènement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau. ». Ce terme « erreur » entretient une connotation punitive.

Une erreur n'est pas délibérée et lorsqu'elle est intentionnelle, elle résulte d'une mauvaise appréciation ou d'un défaut de connaissances. [7]

2.1.1.3. Faute

Une faute médicale résulte d'une violation, intentionnelle ou non, d'une règle de bonne pratique, d'un écart par rapport à une procédure ou une norme sécuritaire. A ce titre, la faute médicale constitue une négligence de la part du médecin impliqué dans la relation de soin, susceptible de sanctions. [7]

2.1.2. Conséquences statistiques des évènements indésirables.

En 1999, l'Institute of Medicine aux Etats-Unis sort le rapport « To Err Is Human » (en français : « Faire des erreurs est humain ») qui évalue le nombre de décès dus aux évènements indésirables évitables des soins entre 44000 et 98000 par an. [10] Ce rapport évoque officiellement pour la première fois le problème de la sécurité des soins. Il suggère aussi que la plupart des drames médicaux ne sont pas liés à l'incompétence des professionnels de santé, mais à la mauvaise organisation du système de santé. [11]

Les études mentionnant des résultats fiables sur les fréquences d'évènements indésirables ciblées sur la médecine générale sont rares [12].

Une étude anglaise, déjà ancienne (Holden et al, 1998) est très souvent citée [13]. Elle analyse 1263 décès survenus sur une période de 40 mois dans la patientèle de 4 cabinets de groupe, représentant 14 généralistes (30 790 patients). Les facteurs évitables contribuant aux décès ont été attribués : au patient dans 39,7 % des cas, aux équipes des cabinets de groupe dans 5,1 % des cas, à l'hôpital dans 5,7 % des cas, à l'environnement dans 3,2 % des cas. Le taux d'évènements indésirables en médecine générale est donc estimé par cette étude à 5,1%.

En France, une première grande enquête à l'échelle nationale, portant sur l'ensemble des évènements indésirables, a été réalisée en 2005. Il s'agit d'ENEIS (Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins) [3, 14]. Cette étude a porté sur 8754 hospitalisations dans des services de médecine ou de chirurgie, d'établissements publics ou privés. Deux groupes ont été formés. Le premier informe sur les accidents survenus dans le secteur hospitalier. Le deuxième groupe met en évidence ceux survenus en médecine de ville, c'est-à-dire les évènements indésirables graves survenus en ville et qui ont été la cause d'une hospitalisation.

Le taux d'évènements graves survenus durant l'hospitalisation a été de 6,6 pour 1000 jours d'hospitalisation, ce qui, extrapolé à la France entière, représenterait 350 000 à 450 000 évènements graves par an (dont 35 % ont été considérés comme évitables).

Quant aux évènements indésirables survenus en médecine de ville qui ont causé une hospitalisation, ils ont représenté de 3 à 5 % de l'ensemble des admissions, ce qui représente pour l'ensemble de la France de 175 000 à 250 000 par an (dont 42 % ont été jugés évitables).

Ces résultats montrent un taux élevé et insoupçonné d'évènements indésirables dans la pratique médicale mais qui est cohérent avec celui des grandes enquêtes antérieures aux USA [13].

L'analyse de la nature des évènements indésirables retrouve la part prépondérante des accidents médicamenteux [3]. Près de 50 % des évènements ayant motivé une hospitalisation étaient associés à des produits de santé dont 38 % aux médicaments et la moitié d'entre eux ont été estimés évitables.

De même l'étude EVISA, étude française de 2009 portant sur 2946 patients dans 22 secteurs hospitaliers, a permis une analyse systématique d'évènements indésirables survenus en médecine de ville et causant une hospitalisation. Dans 81% des cas, l'évènement indésirable causant l'hospitalisation était directement associé à un médicament, et en premier lieu les anticoagulants. [15]

Une enquête récente parue dans le BMJ Open portant sur l'épidémiologie des plaintes pour erreur médicale en soins primaires [16] a montré pour sa part que la première cause de plainte était l'erreur ou le retard diagnostic (26 à 63 % de toutes les plaintes) alors que l'erreur médicamenteuse arrivait en deuxième place (5,6 à 20% des plaintes).

2.1.3. Vécu par le médecin.

Le patient est évidemment la première victime de l'erreur médicale mais le médecin est atteint également et devient la seconde victime, selon Albert Wu. [17] Du côté du médecin, l'erreur entraîne souvent une blessure narcissique et la crainte d'éventuels préjudices matériels, judiciaires et moraux. C'est une source de stress, d'auto-dévalorisation, voire d'épuisement professionnel ou « burn out ». [18] L'erreur serait en quelque sorte un « accident du travail », touchant le soignant de manière plus ou moins intense et durable, et retentissant significativement sur sa vie professionnelle. [4, 19]

Le médecin responsable de l'erreur médicale a aussi besoin d'aide. Mais les progrès incessants de la science, le besoin de considérer le médecin comme infallible, ne laissent pas de place à l'erreur dans la médecine moderne. [20]

2.2. L'annonce.

2.2.1. Cadre juridique.

L'annonce des événements indésirables par les personnels de soins est soumise au Code de la santé publique, par l'Article L1142-4 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002. [21]

« Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (...) doit être informée par le

professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. »

En application de l'article L.1111-2 du Code de la santé publique et de l'article 35 du code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du Code de la santé publique), toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'information doit être claire, loyale, appropriée et délivrée dans le cadre d'un entretien individuel. [22]

Puis en 2009 est paru l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique modifié par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37 qui précise que : « Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. » [23]

Cet article rend donc obligatoire pour chaque professionnel de santé de faire la démarche d'annoncer tout évènement indésirable, alors même que le patient ne s'en serait pas aperçu.

2.2.2. Définition de l'annonce d'un évènement indésirable.

Afin d'aider les professionnels de santé à appliquer cette loi de transparence, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité un guide, paru en 2011 qui leur est destiné intitulé « Annonce d'un dommage associé aux soins. » [22]

Il y est bien rappelé que « le déni face au dommage, le manque de communication, communément appelé « le mur du silence », ne font qu'accroître la détresse et la colère du patient devant ce qu'il peut considérer comme une marque de mépris. » Le patient attend que son dommage, sa souffrance soient reconnus. Il espère une communication transparente, de l'empathie et l'expression de regrets, voire d'excuses de la part du soignant en cas d'évènement indésirable.

Tous les évènements indésirables qui entraînent un dommage physique ou psychologique doivent faire l'objet d'une annonce.

Pourtant, malgré ce cadre juridique bien établi, l'information des patients suite à un évènement indésirable n'est pas encore satisfaisante comme l'illustre les résultats de la certification des établissements de l'HAS. Le critère 11c du manuel V2010, «L'information du patient en cas de dommage lié aux soins », est en effet un de ceux qui suscite le plus de décisions. [22]

III. MATERIELS ET METHODES.

3.1. Présentation de l'étude.

3.1.1. Type d'étude.

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes travaillant en libéral.

3.1.2. Choix de la méthodologie de l'étude.

Le but de notre étude était de parler des évènements indésirables en médecine générale. Nous avons cherché à comprendre comment les généralistes géraient ces évènements avec leurs patients, s'ils les annonçaient et quelles conséquences pouvaient en découler.

L'approche qualitative par entretien a paru la méthode la plus adaptée, permettant un échange entre les interlocuteurs, par opposition au questionnaire. Le but était de refléter la diversité au sein d'une population donnée, plutôt que de se référer à une représentativité statistique. [15]

L'entretien libre a été éliminé rapidement devant la complexité pour traiter les informations et le risque important de hors sujet.

L'entretien en focus-group ne nous a pas paru adapté pour traiter le sujet des évènements indésirables. Cette méthode confronte plusieurs médecins en même temps et nous avons craint qu'ils soient gênés pour aborder ouvertement ce sujet délicat.

Nous avons donc choisi l'entretien semi-dirigé qui permet de laisser la parole à la personne interrogée tout en dirigeant la discussion selon le guide d'entretien défini à l'avance. Le discours est donc plus large que lors d'un questionnaire. L'enquêteur pose des questions ouvertes et le participant s'exprime librement. L'intimité de l'échange entre deux personnes permet plus facilement de faire tomber

les mécanismes de défense de l'interrogé. La personne interrogée ne doit pas se sentir jugée afin de pouvoir aborder les sujets les plus délicats. [24]

3.2. Méthodologie de l'étude.

3.2.1. Sélection des médecins interrogés.

L'étude réalisée est une étude qualitative et ne nécessite pas d'avoir un échantillon représentatif sur le plan quantitatif. Nous nous sommes efforcés d'obtenir un échantillon représentatif sur le plan qualitatif.

Le nombre d'entretiens a été fixé à un objectif compris entre 10 et 15.

Afin d'aborder facilement le sujet de l'annonce aux patients des événements indésirables, nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes que nous connaissions, pour obtenir plus facilement un discours sincère.

Nous avons interrogé des médecins exerçant la médecine générale, en libéral, dans la région Lorraine.

3.2.2. Elaboration du guide d'entretien.

3.2.2.1. Mise en place du cadre.

Cette première phase permet de présenter le sujet de thèse et de nous présenter en tant qu'intervieweur.

Nous demandons également à la personne interviewée de se présenter en nous donnant quelques précisions :

- Age
- Mode d'exercice (installé, remplaçant, collaborateur...)
- Durée d'exercice

- Lieu d'exercice (milieu rural, urbain, semi-urbain)

Nous expliquons ensuite ce que nous entendons par évènement indésirable en médecine. Nous le définissons ainsi : « tout évènement ou circonstance qui a entraîné, ou aurait pu entraîner, une atteinte inutile pour un patient. » [3]

Puis nous explicitons cette définition par quelques exemples concrets.

Nous suggérons alors au médecin interrogé d'évoquer une expérience vécue d'évènement indésirable afin d'illustrer le propos.

3.2.2.2. L'annonce de l'évènement indésirable au patient.

L'objectif de cette partie est de savoir quelle réaction ces généralistes peuvent avoir face à leurs patients lors d'un évènement indésirable.

Nous posons alors le cadre juridique en énonçant la loi du 4 mars 2002. Cette loi rend obligatoire d'annoncer aux patients les évènements considérés comme indésirables, dans les 15 jours suivants cet évènement.

Nous demandons ce que pensent les médecins interviewés de cette loi.

Une fois leur point de vue théorique énoncé nous cherchons à mettre en évidence leur pratique. Nous demandons alors s'ils ont déjà réalisé une telle annonce à un de leurs patients.

- En cas de réponse positive nous souhaitons savoir comment les praticiens avaient vécu cette annonce. Nous demandons s'il y avait eu un impact sur la relation médecin-patient dans les suites, et s'ils avaient eu des craintes à ce sujet. Nous demandons aux médecins ce qui pourrait les freiner pour annoncer un évènement indésirable.

- En cas de réponse négative, nous souhaitons savoir si les praticiens ont déjà eu un évènement indésirable dont ils avaient connaissance. Nous leur demandons s'ils avaient pensé aux risques juridiques potentiels ou à leur relation avec le patient. Nous les interrogeons sur leur vécu de cet évènement indésirable.

Puis nous évoquons le presque-incident (incident qui aurait pu mais n'a pas provoqué d'atteinte pour le patient) et l'illustrons de quelques exemples. Nous leur demandons s'ils pensent utile de l'annoncer.

3.2.2.3. Les conséquences de l'annonce pour le praticien.

Nous évoquons la notion de seconde victime selon Wu [17], que l'on peut définir ainsi : le soignant responsable de l'évènement indésirable risque de remettre en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales. Il risque un sentiment d'échec, ce qui pourrait être source de stress et de burn out. Ce serait comme un accident du travail pour le médecin.

Le but est de savoir ce que les généralistes interrogés pensent de cette notion et s'ils pourraient se sentir concernés.

Suite à cet évènement indésirable nous leur demandons s'ils en ont parlé autour d'eux, avec des pairs ou avec des proches.

Puis nous leur posons la question d'une répercussion de cet évènement sur leur pratique médicale. Ont-ils modifié leurs démarches diagnostiques ou thérapeutiques, la tenue de leurs dossiers médicaux ?

Nous leur demandons s'ils ont remis en question leur travail.

Nous souhaitons savoir si cet évènement a changé leur approche de la formation médicale continue.

3.2.2.4. Comment améliorer cette annonce ?

L'HAS a édité un guide pour les professionnels de santé intitulé « Annonce d'un dommage associé aux soins ». Il s'agit alors de savoir si les médecins généralistes en ont eu connaissance et s'ils pensent que ce guide pourrait les aider.

Puis nous voulons savoir s'ils pensent utile de sensibiliser leurs confrères à cette problématique d'annonce des événements indésirables. En cas de réponse positive nous leur demandons s'ils ont des méthodes à suggérer.

Nous posons ensuite la question du bénéfice potentiel d'une tierce personne lors de cette annonce : la participation d'une personne autre pourrait-elle améliorer les choses lors de l'annonce d'un événement indésirable, du côté du médecin ou du côté du patient ?

Pour conclure nous souhaitons savoir ce qui pourrait inciter les médecins à annoncer systématiquement chaque événement indésirable.

3.2.3. Réalisation des entretiens.

Les entretiens ont tous été réalisés par le même intervieweur. Ils ont eu lieu à une date décidée en commun accord entre l'intervieweur et le médecin.

Tous les entretiens ont été enregistrés, après accord oral du médecin interrogé, après avoir précisé que les données seraient rendues anonymes.

3.2.4. Modalités d'analyse des entretiens.

Les entretiens enregistrés ont tous été retranscrits manuellement par l'intervieweur.

Les entretiens ont été analysés par l'intervieweur, de façon manuelle, selon la méthode d'analyse thématique transversale. Le but était de chercher une cohérence thématique entre les entretiens, c'est-à-dire de découper de façon transversale ce qui se rapporte à un même thème, d'un entretien à l'autre.

Les thèmes et la grille d'analyse sont posés suite à la lecture des entretiens, ce qui permet d'avoir une vision globale des données. La grille d'analyse se construit à partir du plan du guide d'entretien, on peut la préciser après lecture des interviews.

IV. RESULTATS.

4.1. Données statistiques sur les entretiens réalisés.

Tous les médecins interrogés étaient médecins généralistes et exerçaient en cabinet de médecine libérale.

Nous avons réalisé 15 entretiens semi-dirigés. Nous avons arrêté les entretiens lorsqu'ils ne nous apportaient plus d'éléments nouveaux, selon le principe de saturation.

Ces entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins interrogés, entre les mois de juin et septembre 2013.

La durée des entretiens varie entre 9 et 20 minutes. Les médecins ont tous été interrogés en suivant le guide d'entretien.

4.2. Données statistiques sur les médecins interrogés.

4.2.1. Age.

Le plus jeune médecin interrogé avait 29 ans et le plus âgé avait 65 ans. L'âge moyen des médecins interrogés était de 46,9 ans.

4.2.2. Sexe.

Nous avons rencontré 7 hommes et 8 femmes médecins généralistes.

4.2.3. Mode d'exercice.

Sur les 15 médecins interrogés, 12 étaient installés en cabinet de médecine générale, 2 étaient remplaçants, 1 était collaborateur dans un cabinet de groupe.

4.2.4. Lieu d'exercice.

Parmi les 12 médecins installés, 6 exerçaient en milieu rural, 4 en milieu urbain, 2 en milieu semi-rural. Le médecin collaborateur exerçait en milieu urbain. Les médecins remplaçants se rendaient principalement en milieu rural, un remplaçant faisait également des gardes pour SOS médecin en milieu urbain.

4.2.5. Durée d'exercice.

Le médecin installé le plus récemment était installé depuis 6 mois. Le médecin installé depuis le plus longtemps l'était depuis 34 ans. La moyenne de temps d'installation est de 18,2 ans.

Les médecins remplaçants exerçaient respectivement depuis 1 an et demi et 2 ans. Le médecin collaborateur avait ce statut depuis 4 ans et demi, après avoir été installé dans une autre région pendant 19 ans.

4.3. Analyse des discours.

4.3.1. Mise en place du cadre.

Nous avons commencé par définir ce qu'est un évènement indésirable. Ensuite nous avons demandé au médecin s'il avait une expérience d'évènement indésirable à évoquer pour illustrer le propos.

4.3.1.1. Ont-ils déjà vécu un évènement indésirable ?

Quatorze médecins sur 15 nous ont parlé d'expériences personnelles d'évènement indésirable. Six médecins nous ont même livré 2 expériences différentes d'évènements indésirables.

4.3.1.2. Type d'évènement indésirable évoqué.

Nous pouvons classer les évènements indésirables cités par les médecins interrogés en plusieurs catégories :

- Manque de vigilance :

- vaccin réalisé sans avoir mélangé préalablement solvant et principe actif (cité par 4 médecins),
- vaccin réalisé alors qu'il avait déjà été fait lors d'une consultation antérieure,
- inversement des 2 vaccins à réaliser chez 2 enfants lors de la même consultation,
- injection intramusculaire réalisée chez un patient traité par anticoagulant,
- lors d'une désensibilisation, administration en premier de la dose à administrer en dernier,
- renouvellement de traitement avec une posologie de médicament erronée.

- Défaut de connaissance :

- interaction médicamenteuse lors de la prescription de Daktarin chez un patient sous Previscan,
- absence d'augmentation des doses d'hydrocortisone chez un patient insuffisant surrénal chronique souffrant d'un sepsis.

- Défaut de prise en charge :
 - un patient avec suspicion de phlébite superficielle de cuisse renvoyé à domicile avec une lettre pour voir l'angiologue a présenté une embolie pulmonaire le soir même.

- Négligence :
 - cystite non traitée malgré le résultat d'ECBU positif (cité par 2 médecins).

- Retard diagnostic :
 - douleurs des membres inférieurs chez un adolescent traitées symptomatiquement alors qu'il s'agissait d'un lymphosarcome,
 - fibroscopie bronchique repoussée chez un patient qui a présenté un cancer bronchique avancé quelques semaines plus tard.

- Presqu'incident :
 - prescription d'injections intramusculaires chez un patient sous anti-vitamine K, rattrapée par le médecin lui-même en appelant l'infirmière avant la réalisation de l'injection,
 - en prescrivant des gouttes en chiffre arabe sur l'ordonnance, erreur de délivrance du pharmacien (30 par jour au lieu de 3 par jour, suite à une mauvaise lecture de l'ordonnance) mais le patient a empêché l'erreur en rappelant le médecin.

4.3.1.3. Circonstances particulières.

Plusieurs médecins ont précisé des circonstances particulières lors desquelles l'évènement indésirable a eu lieu :

- Circonstances temporelles :
 - C'était un vendredi soir, en dernière consultation
 - Le résultat est arrivé tard le soir

- Rapport particulier avec le patient :
 - Le patient était un ami de sa fille et il n'était pas le médecin habituel
 - Le patient était le fils de sa secrétaire et il discutait avec elle pendant la consultation.

- Prise en charge par d'autres professionnels :
 - Le patient avait une prise en charge spécialisée, hospitalière.

4.3.2. L'annonce de l'évènement indésirable.

4.3.2.1. Avis sur l'aspect législatif.

La loi du 4 mars 2002 rend obligatoire pour les médecins d'annoncer chaque évènement indésirable. Cette loi était méconnue de 5 médecins interrogés. Les 10 autres médecins ne précisaient pas leur état de connaissance de cette loi.

Dr	Avis	Les pour	Les contre
1	D'accord sur le principe	« Annoncer au patient c'est une bonne chose. Dès qu'il faut associer le patient à une information je suis totalement pour. »	
2	Au cas par cas		« Si c'est un truc qui passe inaperçu je ne vois pas pourquoi on irait lui dire. »
3	D'accord	« Je trouve que c'est bien pour la relation médecin-patient. Pour garder la confiance [avec son patient] je pense qu'il faut reconnaître quand la prise en charge n'a pas été comme il fallait ou qu'il y a eu une « erreur ». Je pense qu'il faut le dire. »	

Dr	Avis	Les pour	Les contre
4	Plutôt d'accord	« Je le dis tout de suite. »	« J'ai du mal à l'appliquer à notre pratique parce que ça veut dire se rendre compte d'un évènement indésirable qu'on a oublié de signaler au patient et faire la démarche de l'avertir. En général, les patients s'en rendent compte avant nous. »
5	D'accord	« Normalement tu vas dire au patient ce qui s'est passé. De toute façon il va te poser des questions donc si tu veux t'en sortir et que la confiance perdure, il faut bien expliquer ce qui s'est passé, t'excuser. »	« Je ne suis pas sûr que ce soit nécessaire d'avoir une loi pour ça. »
6	D'accord	« Elle a le mérite d'exister. »	« Je crois que ça fait partie des lois qui (...) se surajoutent aux textes de loi existants. Il y a les parapluies qui s'ouvrent de haut en bas et je pense que le fait que ce soit une loi franchement bon euh... »
7	Au cas par cas	« L'information oui. »	« Maintenant les patients savent tout et ils se démerdent avec. Dans la grande inversion du savoir médical ce sont eux qui sont dépositaires de la connaissance de leur état de santé. »
8	D'accord sur le principe	« Dans l'absolu, pour un souci d'honnêteté c'est vrai que ce serait bien de le dire. »	« En pratique, ce n'est pas facile, j'ai peur qu'en expliquant ce genre de trucs ça fasse peur au patient, ça leur fasse perdre un petit peu la confiance qu'ils ont. Surtout si c'est pour des choses qui ont très peu de conséquences. » « Faire une loi, je ne sais pas, c'est un peu exagéré. »
9	« Bonne loi. »	« C'est une bonne loi d'être franc avec le patient et d'annoncer ce qui s'est passé, de toute façon. »	
10	« C'est bien. »		
11	D'accord sur le principe	« On leur dit. On peut leur dire. On connaît les gens. »	« Après ça dépend qui on a en face de soi. »
12	« Très bien. »		

Dr	Avis	Les pour	Les contre
13	Au cas par cas	« Il est toujours intéressant de pouvoir discuter et expliquer aux patients. »	« Ce que je crains toujours quand on a une loi c'est le côté absolu, hors la médecine n'est pas une science absolue et doit s'adapter en fonction des personnes. »
14	D'accord	« Je pense qu'il faut annoncer parce que c'est plus nocif de ne pas le dire. Et si le patient s'en rend compte par un confrère qui va dire « Oh qu'est-ce qu'il a fait ? » à ce moment-là le patient peut se retourner contre vous. Je pense qu'en l'annonçant ça passera mieux. »	« Est-ce qu'on va être au courant de tous ces effets indésirables ? Si le patient ne vient pas nous revoir. Est-ce qu'on va être exhaustif ? Je ne suis pas sûr. »
15	D'accord	« C'est une bonne protection pour les patients et ça nous oblige à assumer nos actes et nos erreurs. »	

4.3.2.2. Expérience d'annonce d'un évènement indésirable.

Nous avons interrogé les médecins quant à leurs expériences d'annonce d'évènement indésirable. Nous avons voulu savoir également s'ils avaient eu un évènement indésirable dont ils avaient connaissance.

Dr	Avez-vous déjà annoncé un EI ?	Avez-vous déjà eu un EI ?
1	« Oui ça m'est arrivé, sûrement. Je suis pour annoncer tout au patient. Plus le patient est informé, mieux c'est. »	Non
2	« Disons que je lui ai dit, mais une fois qu'il y avait eu le problème. (...) Bon on peut faire des erreurs. »	Oui. « Si c'est un truc qui passe inaperçu. »
3	« Non je ne pense pas. »	Oui. « J'ai mis un mot dans le dossier et lui ai dit de revenir. »
4	Oui. « Je le dis tout de suite. »	« Le seul cas où je ne le dis pas c'est des injections en urgence avec un produit injectable périmé. »

Dr	Avez-vous déjà annoncé un EI ?	Avez-vous déjà tu un EI ?
5	« Je ne crois pas. » « J'imagine, j'espère » [le faire].	Oui. « J'aurais pu lui dire mais elle a déménagé. » Oui, pour le cas d'un presque incident. « Comme elle n'avait pas encore eu l'injection je n'ai pas eu à lui en parler. »
6	Oui. « J'ai été annoncer à la mère [du jeune patient] le diagnostic, le pronostic et aussi le fait que quelque part j'étais passé à côté aussi et voilà. »	
7	« Je le ferai ou je ne le ferai pas selon les conséquences que ça va avoir. »	Oui. « Pas pour le masquer mais pour ne pas majorer les effets de l'évènement indésirable. »
8	Oui. « Je reconnais que je me suis trompée, je refais l'ordonnance » (« choses pas dramatiques », erreur de posologie par exemple)	Oui. « Annoncer n'aurait pas changé grand-chose, donc je n'ai rien dit. »
9	Oui. « J'ai annoncé que j'étais passé dessus. Je lui ai dit clairement quand je l'ai vu. »	Oui. « Si c'est un évènement indésirable anodin, qu'on peut le récupérer sans qu'il s'en aperçoive et qu'il n'y a pas de risque majeur pour le patient. »
10	Oui. « Je le dis immédiatement, ou je rappelle les gens » avec réassurance.	Oui pour un vaccin, la deuxième dose allait rattraper
11	Oui. « J'ai rectifié, j'ai dit que c'était une erreur. »	« Ce qui me freinerait : le stress, la réaction du patient, l'agressivité, la plainte. »
12	Oui. « J'ai expliqué que c'était autant de ma faute que celle du pharmacien. » « Si je suis responsable je préfère l'annoncer. La vérité finit toujours par sortir. On ne peut pas le cacher ou chercher une excuse. »	
13	Oui mais « c'est compliqué de reconnaître une erreur quand la souffrance est pour l'autre. »	Oui. « Si reconnaître ses torts ça aggrave encore la situation du patient je ne vois pas l'intérêt. »
14	« Rarement. [Pour le problème du vaccin] bien sûr je l'ai dit, j'ai dit « oups ». C'est des choses qui peuvent arriver. » « Je pense qu'il faut annoncer parce que c'est plus nocif de ne pas le dire »	« Pour un gros évènement indésirable peut-être, mais bon je ne vois pas pourquoi. Je pense qu'il faut annoncer. »

Dr	Avez-vous déjà annoncé un EI ?	Avez-vous déjà tu un EI ?
15	« Ca ne m'est jamais arrivé. » « Je pense que cette expérience me donne plus envie d'annoncer les prochaines fois. Avec plus d'expérience je pense que je serai amenée plus tard à reconnaître mes erreurs. »	« Oui ce cas-là. Je n'ai pas osé annoncer ma bêtise. J'avais trop honte. » « Il y a le fait aussi que je suis jeune médecin et que je n'ai pas su réagir face à cette situation. »

4.3.2.3. Crainte par rapport à la relation médecin-patient.

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient eu peur pour la relation qu'ils entretenaient avec leur patient au moment d'annoncer l'évènement indésirable.

Une partie des médecins ne redoutait pas de rompre le lien médecin-malade :

- « Non, ça peut arriver. »
- « On peut faire des erreurs. Des craintes non, c'est un patient que je connaissais bien, il avait confiance en moi. J'ai été plus embêté pour lui, j'avais mis un peu sa vie en danger, plus que par rapport à mes intérêts personnels. »
- Non et « je ne pense pas que ce soit se rabaisser que d'annoncer. »
- Non. « Dès que le lien de confiance est rompu, c'est bien que le relationnel soit coupé et que le patient change de médecin. Si le patient intègre que c'est humain de se tromper, ça renforce le lien. »
- « Non. Je pense que si on est franc, les patients acceptent l'erreur facilement, surtout dans nos campagnes. En ville c'est différent. »
- « Non, on a des patients sympas. »
- « Non, j'ai toujours intégré la possibilité d'une erreur, en la limitant au maximum. »
- « Non pas de craintes, mais des regrets et un sentiment de culpabilité. »

D'autres médecins étaient plus craintifs par rapport à la relation avec leurs patients :

- « Je ne sais pas. Je pense qu'il faut le faire et voir ce qu'il se passe. Après il suffit d'une mauvaise expérience et puis on verra. »
- « Probablement, mais ce n'était pas la dominante. »
- « Peut-être un peu sur le coup, mais c'est passé. »
- « Ca dépend du patient, de sa mentalité, de la confiance qu'il a à la base avec son médecin. »
- « Sur le coup pas du tout. » mais « si des erreurs se répètent » il est possible d'avoir peur que les patients perdent confiance, peur pour sa réputation. « Par derrière les patients parlent beaucoup et pourraient dire : « elle n'est pas sérieuse, elle se trompe tout le temps, on ne peut pas avoir confiance. » »
- « Probablement, la crainte de la perte de confiance. »
- « Ca a été très difficile, je ne l'ai pas revu. J'ai eu des nouvelles par le service hospitalier, je crois avoir appelé la famille après. J'ai su qu'il s'en était sorti mais je n'ai plus eu de nouvelles. »

4.3.2.4. Crainte par rapport au risque juridique.

Nous avons voulu savoir si les médecins généralistes redoutaient des conséquences judiciaires lors de l'annonce d'un événement indésirable.

Là encore ils étaient divisés. Une partie d'entre eux y pensaient :

- « Oui probablement. Dans la non annonce il y a ce risque-là qui est pris en compte. »
- « Ca arrive oui. »
- « Oui c'est intégré, ça peut m'arriver. »
- « Ca peut arriver. On se rend compte qu'il y a de plus en plus de procédures, on se dit qu'un jour ça peut nous arriver. Bon on essaye de faire en sorte que

ça n'arrive pas, mais on n'est pas infallible. Mais les rapports de procédure disent que certaines auraient pu être évitées si le médecin ne s'était pas caché. »

- « Pas tout de suite. Secondairement. J'ai plutôt pensé en premier au risque pour le patient et après je me suis dit que possiblement, étant donné que j'étais en tort, ça pourrait être mon premier procès. »

Certains redoutaient beaucoup ce risque du procès :

- Oui tout le temps, « c'est ma hantise, je fais beaucoup d'actions inutiles pour me défendre si... »
- La menace a été verbalisée, « la mère avait parlé de porter plainte au tout début, sous le coup de la colère. » « Ce que je comprends. »

Cinq autres médecins ont simplement dit ne pas avoir cette crainte, précisant pour certains d'entre eux :

- Il n'y a pas « cet état d'esprit en milieu rural. »
- « Non, je touche du bois. »
- « Non pas à l'époque, maintenant ce serait peut-être différent. Il y a des gens plus revendicateurs que d'autres. »

4.3.2.5. Faut-il annoncer aussi les presque-incidents ?

Trois des médecins interrogés étaient pour :

- « Oui peut-être quand même. »
- « Oui. Un patient informé c'est une bonne chose. Ça ne me dérange pas, je leur dirai. »
- « Oui. Je m'excuse auprès du patient, je n'ai pas fait attention, je ne me rappelais pas... »

Deux médecins étaient un peu partagés dans leur réponse :

- « Je ne sais pas. Je ne suis pas sûre que ce soit utile. »
- « Je dirais non par expérience mais oui dans l'avenir, car la médecine sera plus judiciairisée. »

Les dix autres médecins étaient contre et certains se justifiaient :

- « Je n'annonce pas tout à tout prix. »
- « C'est au cas par cas. S'il n'y a pas eu d'incidence, de perturbation, non. »
- « Non, je ne vois pas l'intérêt. »
- « Ce n'est pas forcément nécessaire. »
- « Non, si c'est vraiment anodin, et qu'il n'y a aucun risque je ne vois pas l'intérêt. »

4.3.3. Les conséquences de l'annonce d'un évènement indésirable.

Une fois l'évènement indésirable passé et annoncé, nous avons cherché à savoir quelles conséquences il pouvait y avoir sur le médecin généraliste.

4.3.3.1. La seconde victime.

Nous avons expliqué la notion de seconde victime (selon Wu) aux médecins interrogés et leur avons demandé ce qu'ils en pensaient, s'ils pouvaient se sentir concernés.

Dr	Oui	Non	Circonstances favorisantes
1		« Ca ne me perturbe pas du tout. Je ne me vois pas en AT ou burn out pour ça. »	
2	Intéressant. « Ca peut remettre en question. » « Effectivement ça peut être source de stress, et d'insomnies et éventuellement contribuer au burn out c'est sûr. »		Surtout pour un jeune médecin
3	« Ca peut rendre un peu froussard. »	« Burn out pas maintenant. »	
4	Logique. « Inconsciemment on l'a à l'esprit. »		« Si on met tout en doute tout le temps et qu'on formalise trop les choses. »
5	« Oui c'est sûr, ça pourrait être dramatique pour le médecin. »		Surcharge de travail. « Quand on voit les journées qu'on passe c'est même étonnant qu'on n'en fasse pas plus des conneries. »
6	« Oui. Pour moi ça a été très compliqué pendant quelques semaines. Et même de devoir vivre avec ça en permanence... C'est pas comme une épée de Damoclès mais quelque chose... » « Si si ça m'a perturbé. »		
7	« Burn out oui car c'est à la mode. » « Un détachement, ou le côté « tout est réglo » et t'enlève l'affectif. » « Et après il y a la surprotection. Tu ne fais plus rien, tu fais ce qu'il faut que si c'est vraiment dans le cran et ça je ne sais pas si c'est très bien. »		

Dr	Oui	Non	Circonstances favorisantes
8	« C'est vrai que ce qui m'est arrivé (...) j'y ai beaucoup réfléchi en me remettant en cause. »	« A ce point-là je ne sais pas. » « Si c'est un cas isolé, que ça n'arrive pas trop souvent (...) ça ne va pas avoir de conséquences sur la pratique et sur l'humeur. » « Je pense que c'est humain, tout le monde est faillible. »	Possible « si c'est des événements indésirables qui se répètent. » Pour en arriver au burn out il faut un « contexte particulier avec manque de confiance en soi, une personnalité particulière. »
9	« Dans notre profession on travaille souvent tout seul donc il faut se remettre en cause régulièrement. » « Personnellement dès qu'il y a une inadéquation entre l'approche des patients et ma réaction j'estime qu'il faut que je prenne des vacances, ça se traduit par des congés répétés, voilà. » « Pour permettre de mieux gérer les situations (...) on se retrouve avec des médecins régulièrement toutes les semaines, (...) on en parle. »		-Ne pas verbaliser, « cacher » les événements indésirables -Si « on a une répétition d'événements conflictuels ou de remise en cause »
10		« Non moi je ne le vois pas comme ça. Je me suis trompée, je me corrige, je m'enrichis. Ça me sert d'expérience. »	
11	« Oui, si c'est un gros truc ça peut perturber. »		Surtout si le médecin travaille seul dans un cabinet, s'il est sensible, avec beaucoup de travail.
12		« Non je ne pense pas, ça n'irait pas jusqu'au burn out. » « Les prescriptions c'est quand même relativement sécurisé, on sait qu'il y a des choses à prévenir, à surveiller. »	

Dr	Oui	Non	Circonstances favorisantes
13	« Oui complètement. » On risque de « renforcer l'agressivité des traitements pour des raisons médico-légales. » « La notion de seconde victime est très importante et malheureusement on ne la prend peut-être pas assez en compte. » « Le patient va être pénalisé deux fois » : la première fois parce qu'il est mal soigné et la deuxième parce que « la prise en charge est orientée sur un versant médico-légal et pas sur sa santé, (...) il ne sera pas mieux soigné. »		
14	« Oui ça peut arriver. Il y a une fille à qui c'est arrivé. Je l'ai remplacée en urgences en fait parce qu'elle déprimait, elle n'était pas bien dans sa peau.» « Et j'ai eu un remplaçant aussi, qui était installé à Nancy et qui a dévissé sa plaque. »		« Elle était installée depuis 3 ans, elle voyait peu de patients et elle a eu un incident avec un vaccin. Elle a fait le mélange puis le piston est revenu en arrière, est sorti de la seringue, le produit s'est écoulé par terre. Et elle n'avait pas d'autre vaccin chez elle, le patient a dû retourner à la pharmacie. Après elle s'est dit : « Ils vont encore partir ailleurs. » Et donc elle était perturbée, elle a perdu confiance en elle. » « Pour mon remplaçant même chose, une activité très calme et on se remet un peu en cause, et puis il suffit d'avoir fait une boulette et puis ça suffit. » « Ca dépend du problème aussi. »
15	«S'il y a des conséquences graves pour le patient je pense qu'en effet on va beaucoup se remettre en cause et ça pourrait aller jusqu'au burn out. »	« Si on s'en sort bien on va remettre en cause notre pratique mais sans trop en être affecté. »	« Tout dépend de la gravité de ce qu'on a fait et des conséquences pour le patient. »

4.3.3.2. Ressenti de l'évènement indésirable.

Comment les médecins ont-ils vécu leur propre expérience d'évènement indésirable ?

Dr	Bien vécu	Moyennement bien vécu	Mal vécu
1	« Je ne vais pas me rendre malade »		
2		« On peut faire des erreurs. » « J'étais plus embêtée par rapport au patient que j'avais mis en danger, par rapport à mes responsabilités en tant que médecin, soignant. »	
3	« On évite de refaire l'erreur une deuxième fois. Pour la pratique c'est pas mal. »		
4	« Ca ne m'a pas torturé l'esprit plus longtemps que ça. »		
5		« On se sent un peu bête. »	
6			« Très très mal. Je me suis senti responsable. » « Quelques semaines extrêmement difficiles. » L'annonce « j'en ai un très mauvais souvenir, la mère était très agressive envers moi. »
7			« Mal, j'ai sué. »
8			« C'est difficile. » « Tu reconnais que tu as fait une erreur et la reconnaître franchement devant les gens c'est extrêmement difficile. Pourquoi ? Je ne sais pas trop. Je pense que c'est une question de fierté, purement. » « C'est tellement la honte. »

Dr	Bien vécu	Moyennement bien vécu	Mal vécu
9	« Elle a mis le doigt dessus de toute façon. Donc j'ai confirmé qu'effectivement j'avais pêché par défaut et après voilà. »		
10	« Moi bien, il n'y a pas eu de souci. »		
11		« Pas mal mais je m'en souviens, donc quelque part ça m'a marqué. »	
12			« Assez mal, surtout en tant que jeune médecin. »
13			« C'est compliqué. » « Ca dépend de l'importance des conséquences. » « Beaucoup d'insomnies. » J'ai remis « en cause ma pratique mais au prix d'une grosse souffrance »
14		« On s'est dit « Bon à l'avenir peut-être se concentrer plus quand on fera un vaccin. » »	
15			« Je me suis sentie très mal pendant au moins 48 heures, fautive. »

4.3.3.3. Verbaliser l'évènement indésirable.

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient besoin de parler des évènements indésirables qu'ils vivaient.

Tous les médecins interrogés ont répondu « Oui ».

A qui en parlent-ils et pourquoi ? Voilà les précisions qu'ils ont apportées :

- « Avec mon associée, dès qu'il y a quelque chose. Ou bien je marque dans le dossier. »
- « Je crois que oui, à ma collègue, avec le pharmacien. A mes stagiaires je leur parle de cette contre-indication-là. »
- « Oui à mon associée et au chef du service hospitalier que je connaissais. Ça permet de verbaliser. (...) A mon épouse, ce que je n'aurais pas dû faire... »
- « En cas de problème je parle facilement avec mon associée. »
- « Oui avec des collègues qui sont aussi des amis. J'avais besoin d'en parler pour évacuer un peu les choses et peut-être un peu dédramatiser la situation. »
- « En général je préfère le sortir, avec les collègues. Avec mon épouse ça m'arrive aussi mais c'est plus sympa d'en parler avec les collègues. »
- « Oui à chaque fois, avec des amis, des gens du milieu médical. »
- « C'est le genre de choses qu'on verbalise en priorité. On se retrouve avec un groupe de copains tous les mois. »
- « Des fois ça aide d'en parler. »
- « Ça fait du bien d'en parler, se rendre compte que tout le monde est plus ou moins dans ce cas-là. Tout le monde en fait des boulettes. C'est rassurant d'en parler avec des collègues médecins. Les non médecins pourraient être choqués de ce genre de choses. »
- « Il faut verbaliser, c'est quelque chose de naturel, on n'a pas à le cacher. »
- « Oui ça fait toujours du bien. On n'est pas tout seul, ça nous arrive à tous. »
- « Parfois oui, au groupe de pair, parce que c'est le problème de l'exercice solitaire. »
- « Oui aux collègues, au groupe de pairs, on le met en commun. »
- « Oui j'ai eu besoin d'en parler avec des pairs, avec des proches. »

4.3.3.4. Répercussion sur la pratique médicale, remise en question.

Nous avons demandé à chaque médecin s'il a constaté une modification de sa pratique professionnelle. Est-ce que, suite à l'évènement indésirable, il a modifié sa démarche diagnostique ou thérapeutique, la tenue de ses dossiers ? A-t-il remis en question son travail ?

Dr	Absence de modification	Modifications de comportement	Remise en question ?
1	« Je note toujours dans les dossiers. »	Médicaments qu'il ne prescrit plus.	« C'est pas dans ma nature. On doute de soi mais il faut avancer. Je ne vais pas me rendre malade. »
2		« Plus rigoureuse qu'avant, plus prudente par rapport aux interactions médicamenteuses. » « Je pose des questions, je note systématiquement. »	Pas de remise en question mais éviter de recommencer, « mettre des alertes », essayer de s'améliorer.
3	Non sauf pour éviter de reproduire l'erreur		
4	« Pour la trousse de secours, les dates de péremptions, je suis toujours aussi léger. »	« Pour les allergies, je m'efforce de les noter dans tous les dossiers »	
5		« L'insuffisance surrénale c'est quelque chose auquel je vais penser, les symptômes vont plus m'attirer. »	« Oui bien sûr mais ces évènements indésirables arrivent dans des moments de surmenage, de manque de temps, ça donne envie d'avoir une activité plus correcte. »
6		« Tant que je n'ai pas de preuves, les histoires qu'on me raconte j'en doute. »	« Peut-être quand même. S'il y avait eu décès, ou décès et procès (...) je pense que ça aurait été extrêmement difficile. (...) Je ne sais pas comment j'aurais géré. »

Dr	Absence de modification	Modifications de comportement	Remise en question ?
7	Non. « C'était une inattention. »		
8		« Ca me permet d'être plus attentive, j'en tire partie. Finalement c'est plutôt positif. »	Oui
9		« Eviter de parler de sujets non médicaux lors d'actes précis. (...) Avoir une certaine rigueur. » « Je note tout. »	« Sûrement. La remise en cause fait partie de l'évolution de notre profession donc on est obligé de se remettre régulièrement en cause. »
10		« J'essaye de m'enrichir et d'en tirer des expériences. » « Je note toujours dans les dossiers, quand il y a des intolérances, des allergies. »	
11		« Etre plus vigilante et révéifier. »	Non
12		« Juste les prescriptions de gouttes en chiffres romains. » « Avec le temps on devient très, très prudent dans les prescriptions. On utilise les médicaments qu'on connaît bien donc très peu de médicaments. »	Non
13		« Complètement. Ca a modifié ma pratique, mes idées, ça m'a incité à faire des recherches, modifié mon contact à la psychiatrie, ma prise en charge des dépressifs. » « Ce qui a changé c'est l'évolution de la loi, je me suis rendue compte qu'il fallait être encore plus vigilant et bien noter les choses. »	« J'ai remis en compte mon travail. On ne doit en théorie jamais faire de médecine en fonction de soi (...) il faut avoir une neutralité. En pratique je me suis aperçue de la porosité entre ma vie, mes positions personnelles et l'exercice de mon métier. »
14	«Ca dépend des conséquences. »	« Oui. Pour la tenue des dossiers il faut penser aux procédures et il faut noter, même en garde. » « Et puis il faut bosser un peu de temps en temps. »	

Dr	Absence de modification	Modifications de comportement	Remise en question ?
15		« Il y a eu un impact parce que j'ai revu la technique de l'injection intramusculaire. »	« Non suite à ça je ne me suis pas remise en question parce que c'est une faute d'inattention. »

4.3.3.5. Changement d'approche de la formation médicale continue ?

Aucun médecin n'a vraiment changé son approche de la formation médicale continue (FMC).

- 4 médecins insistent sur l'importance de la FMC « de toute façon ».
- 1 médecin pense que les événements indésirables sont plutôt dus « aux conditions de travail qu'aux connaissances »
- 1 autre dit : « ce sont plutôt des erreurs d'inattention, des défauts de concentration qu'un manque de connaissance »
- 1 médecin évoque la fatigue engendrée par la FMC qui se déroule le soir, et se finit tard, et la fatigue pourrait selon lui entraîner des événements indésirables. Il suggère : « ce serait peut-être mieux d'avoir des journées tranquilles de formation, où on peut fermer le cabinet, être remplacés. » Il a comme projet la formation prochaine d'un groupe de pairs pour « partager (ses) expériences personnelles. »
- 1 médecin regrette que la FMC ne soit « pas toujours bien faite ». Pour s'en être chargé auparavant il précise « ce n'est pas évident d'avoir des intervenants, et maintenant qu'on n'a plus de labo, c'est plus compliqué. »

- 1 médecin pense que « le problème ce n'est pas la connaissance scientifique mais le versant éthique, les décisions à prendre dans les situations intermédiaires. » Il a donc réalisé un Master d'éthique et a « intégré un groupe Balint pour gérer (sa) souffrance. » Pour lui, « on est seul face à un patient dans une situation donnée, les connaissances scientifiques ne suffisent pas. »

4.3.4. Comment améliorer l'annonce d'évènement indésirable ?

4.3.4.1. Guide de l'HAS.

L'HAS a édité un guide destiné aux professionnels de santé intitulé « Annonce d'un dommage associé aux soins. » [22] Nous avons demandé aux médecins généralistes ce qu'ils pensaient de ce guide.

Aucun des médecins interrogés n'avait lu ce guide, un seul en avait entendu parler.

A la question « Pensez-vous qu'il pourrait vous être utile ? » 12 médecins ont répondu « peut-être ». Certains ont précisé :

- « Pourquoi pas, c'est toujours une situation délicate, comment je vais présenter la chose ? »
- « Oui peut-être mais tout ce que fait l'HAS souvent on n'a pas trop le temps de le lire... »
- « Pourquoi pas, sauf si c'est encore un pavé indigeste. »

Un médecin s'est montré intéressé et affirmatif : « je vais aller le lire. » Précisant : « on n'est jamais assez formé à l'éthique et la réflexion. »

Deux médecins ne se sont pas montrés intéressés : « je ne le lirai peut-être pas », « je pense que c'est du blabla de psychologie et voilà, c'est sûr qu'il faut annoncer et faire face à ses erreurs. »

4.3.4.2. Intérêt de sensibiliser les confrères à l'annonce des évènements indésirables.

En demandant aux médecins s'ils voyaient un intérêt à parler de cette problématique à leurs confrères généralistes, 11 d'entre eux pensaient que oui.

Certains le justifiaient :

- « On est tous confronté à ça à un moment donné. »
- « C'est intéressant de discuter avec des confrères pour tirer parti des erreurs de chacun. »
- « Ca fait partie de la pratique. Tout être humain peut se tromper et on se trompe. »
- « Il faut déculpabiliser, échanger, voir que le soignant a le droit de souffrir. »

Certains suggéraient une façon de sensibiliser leurs pairs :

- « Ce serait bien d'envoyer la plaquette de l'HAS à tous les médecins. »
- « Au niveau des groupes de pairs, dès qu'il y a un évènement indésirable il faut essayer d'en parler avec les autres. »
- « Par les groupes de pairs »
- « Des réunions. On avait des formations en droit, en conseils juridiques, la tenue des dossiers et c'était une bonne expérience, et sur la relation médecin-patient... »
- « Sensibiliser les plus jeunes peut-être, pendant les stages, à l'hôpital, qu'ils ne soient pas comme moi j'étais à l'époque. »
- « Il faut faire part de ses propres erreurs pour permettre aux autres de parler sans montrer du doigt. »
- « Peut-être des conférences de présentations générales, pour qu'on puisse se reconnaître déjà de façon anonyme. Ca permettrait peut-être à certains d'oser parler et d'enlever une partie du poids. »

Trois médecins ne voyaient pas l'intérêt de sensibiliser les confrères :

- « A trop formaliser les choses on complique la pratique. »
- « Je n'en ferais pas trop de publicité, ni interprofessionnelle ni extraprofessionnelle. »
- « Je pense qu'on en fait tous, on en parle souvent entre nous. Après est-ce qu'il faut aller plus loin là-dedans ? Je ne pense pas. Je pense que chacun est face à sa conscience et à son mode d'exercice, c'est ce qui caractérise notre profession aussi. Chacun fait avec son caractère et ses états d'âme. »

Un médecin ne savait pas répondre, disant « je ne sais pas, j'imagine qu'ils ont plus de bouteille que moi et savent gérer ça mieux que moi. »

4.3.4.3. Intérêt d'une personne tierce lors de l'annonce ?

Nous avons demandé aux médecins ce qu'ils pensaient de la présence d'une tierce personne lors de l'annonce des événements indésirables. Cette personne pourrait être positionnée du côté du patient ou du côté du médecin.

Sur les 15 médecins interrogés, 8 pensaient que non il n'y aurait pas d'avantage à faire intervenir une personne extérieure à la relation médecin-patient. Ils se justifiaient :

- « J'ai toujours été opposé à diluer une information. On s'explique en tête à tête. On n'a pas besoin de qui que ce soit d'autre au milieu, pour donner raison à l'un ou à l'autre, pour atténuer la responsabilité de l'un ou de l'autre. »
- « Ca compliquerait. »
- « Ce serait pire. »
- « Il ne faut pas alourdir, c'est un lien entre le patient et le médecin. Après il y a une façon de l'annoncer, des termes à utiliser et certains patients peuvent comprendre et pas d'autres. »

- « C'est une relation entre le patient et le médecin. Je pense qu'il faut prendre ses responsabilités. »
- « Ca complique, ça peut mettre en état d'infériorité ou de supériorité. »
- « Je ne vois pas l'intérêt. Qui pourrait faire ça ? Comment ? »

Trois médecins envisageaient la présence d'une tierce personne du côté du patient mais pas du côté du médecin, une justification était :

- « Oui probablement, du côté du patient, parce que du côté du médecin après le patient pourrait se sentir un peu cerné. C'est toujours mieux dans une annonce quelle qu'elle soit d'être plus que deux dans une salle, pour justement avoir un discours compréhensible et qu'on puisse en reparler après, qu'il soit mieux compris par le patient. »

Quatre médecins émettaient des réserves mais n'étaient pas contre l'idée, 2 médecins suggéraient une participation d'un confrère de l'ordre des médecins :

- « Peut-être une tierce personne pourrait relire le dossier. »
- « Tout dépend de qui on a en face de soi mais avec nos patients on s'aime bien. »
- « Ca dépend de l'évènement, de la gravité. Si l'évènement est relativement grave, je pense qu'une tierce personne peut être intéressante pour appuyer le médecin et faire comprendre au patient. Ca pourrait être quelqu'un de l'ordre, il faut bien que l'ordre serve à quelque chose, parce que si ça peut éviter une procédure, pourquoi pas. »
- « Si la personne est perçue comme une aide confraternelle, si elle permettait de reformuler pour que le patient comprenne mieux et qu'on sorte de l'agressivité un en face d'un, oui je crois que ça pourrait aider. Mais en pratique (...) éventuellement on pourrait imaginer que l'ordre pourrait servir à ça... »

4.3.4.4. Qu'est ce qui pourrait inciter à annoncer chaque évènement indésirable ?

Trois médecins disaient annoncer les évènements indésirables « de suite », « c'est plutôt spontané. »

Trois médecins évoquaient « la judiciarisation », « l'obligation » comme moteur qui les ferait annoncer systématiquement les évènements indésirables.

Huit médecins ne souhaitaient pas annoncer de façon systématique les évènements indésirables :

- « Si ça pouvait être utile au patient. »
- « S'il y a des conséquences cliniques. »
- « S'il y a eu des effets sur le malade oui je pense qu'il faut le dire. Après si c'est passé sans répercussion je ne vois pas bien l'intérêt. »
- « Il n'y a peut-être pas besoin de le faire systématiquement, s'il n'y a pas de conséquences par exemple. »
- « Je le fais, ce n'est pas systématique c'est vrai. » Ce qui le freine pour annoncer ? « Le fait que l'évènement indésirable soit bien toléré par le patient, qu'il ne s'en aperçoive pas. »
- « Je ne sais pas, ce sont toujours des moments de grande solitude. »
- « Je n'aime pas le systématique en médecine. Systématiquement se poser la question de l'annoncer : oui. Systématiquement l'annoncer : pas sûr. »

V. DISCUSSION.

5.1. Difficultés rencontrées.

5.1.1. Liées au thème du sujet.

Le thème des évènements indésirables en médecine est délicat à aborder en raison des connotations péjoratives de faute, de culpabilité, de honte ou encore de perte d'estime de soi auxquelles il renvoie. [25]

Interroger les médecins sur leurs expériences personnelles d'évènements indésirables nous fait entrer dans la sphère intime des médecins et de leur pratique professionnelle. Nous les encourageons à se rappeler des moments parfois difficiles de leur carrière, et à nous révéler leurs failles et leur vécu de ces situations compliquées. Nous leur demandons de nous faire part de leurs craintes, leurs angoisses et parfois leurs remords.

Un médecin contacté par téléphone pour la réalisation d'un entretien a semblé très mal à l'aise avec le sujet, disant ne pas être concerné par les évènements indésirables et il a souhaité nous recontacter plus tard pour l'interview, ce qu'il n'a jamais fait.

Certains médecins se sont confiés sans trop de difficultés apparentes alors que d'autres nous ont semblés gênés, plus mal à l'aise à évoquer leurs erreurs et la façon de les annoncer aux patients. Nous leur sommes très reconnaissants pour leur témoignage et la confiance qu'ils nous ont accordée et les remercions de l'aide apportée à ce travail.

Il est possible que certains éléments ne nous aient pas été communiqués devant la difficulté pour chaque médecin de faire face à ce qu'il peut envisager comme un échec professionnel.

5.1.2. Liées à la méthode.

La méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés nous a semblé la méthode la plus adaptée à notre travail mais il a fallu s'adapter à cette façon de travailler.

Au fil des entretiens l'aisance de l'intervieweur s'est améliorée et donc la qualité des entretiens n'est probablement pas égale selon les interviews. Néanmoins tous les entretiens ont pu être exploités intégralement, la qualité de leur contenu dépendant également de l'investissement du médecin interrogé dans la discussion.

5.2. Limites de l'étude.

5.2.1. Liées à la réalisation des entretiens.

Les interviews ont toutes été réalisées par la même personne, présentée comme médecin généraliste remplaçant. Ce statut de l'intervieweur a probablement eu un impact sur la conduite de l'entretien.

Certains médecins ont adopté une attitude plutôt paternaliste, faisant partager volontiers leur expérience, avec parfois le souci de vouloir donner l'exemple et donc le risque de ne vouloir donner que le bon exemple. D'autres médecins ont eu un rapport d'égal à égal avec l'intervieweur, ce qui a pu faciliter l'échange plutôt confraternel, mais qui a pu aussi freiner les confidences par peur d'un jugement critique défavorable.

Nous pensons donc qu'effectuer ces entretiens en tant que médecin généraliste remplaçant a eu un impact sur les informations fournies par les médecins interviewés : facilitation de l'échange confraternel ou sélection des éléments communiqués et crainte de désapprobation. [25]

Les entretiens ont tous été enregistrés numériquement. Cet élément a été communiqué au médecin qui a donné son accord et il a été assuré que les entretiens seraient rendus anonymes. Malgré tout, certains médecins ont semblé mal à l'aise face à ce moyen d'enregistrement, ce qui a pu entraîner une certaine retenue dans leur discours et nous faire perdre des informations.

5.2.2. Biais de recrutement.

Nous avons recruté des médecins lorrains, et nous avons essayé de rassembler un panel diversifié et représentatif, tant au niveau des âges, des sexes, que du mode d'exercice.

Nous avons interrogé des médecins que nous connaissions afin de faciliter le dialogue et les confidences, ce qui peut également entraîner un biais du fait de cette relation préexistante entre l'interviewé et l'intervieweur.

De plus les médecins étaient tous volontaires, ce qui signifie qu'ils étaient motivés et ouverts d'esprit sur le sujet, ce qui constitue un biais de recrutement.

5.2.3. Biais d'interprétation.

L'analyse des entretiens a été réalisée par l'intervieweur, selon des critères d'analyse mis en évidence après la lecture des 15 interviews. Nous avons réalisé cette analyse avec le plus grand souci d'objectivité.

Mais comme dans toute recherche qualitative, il est impossible d'assurer l'absence totale d'interprétation de certaines informations, en rapport avec la personnalité et les convictions de l'intervieweur, ce qui constitue alors un biais d'interprétation.

5.3. Résultats obtenus.

5.3.1. L'obligation législative d'annoncer les évènements indésirables.

La majorité des médecins généralistes interrogés (12 sur 15) était en accord avec la loi du 4 mars 2002 qui rend obligatoire l'annonce des évènements indésirables au patient.

Pour les médecins le fait d'informer leurs patients semble naturel et évident, et ils l'expriment spontanément. Ils souhaitent pouvoir s'expliquer, être honnêtes avec eux, pour une bonne prise en charge de leurs patients et pour maintenir leur lien de confiance.

Néanmoins ils émettent des réserves quant au fait d'être sous une contrainte législative d'informer. Quelques médecins redoutent de ne pas être exhaustifs et de passer à côté de certains évènements indésirables à annoncer, malgré leur bonne foi.

Plusieurs d'entre eux critiquent le côté « absolu » d'une loi, ils souhaiteraient conserver la liberté de décider s'ils annoncent ou pas les évènements indésirables à leurs patients. Certains pensent que tous les évènements indésirables ne méritent pas d'être annoncés, notamment ceux sans conséquences, passés inaperçus, ou bien qu'il faudrait en décider selon la personnalité du patient, qui serait plus ou moins prêt à entendre et accepter cette information.

Un médecin, jeune installé, craint même de « faire peur aux patients » et de perdre la confiance qu'ils ont en lui.

5.3.2. Annoncer ou taire un évènement indésirable ?

La plupart des généralistes interrogés a déjà annoncé un évènement indésirable. Seuls trois d'entre eux ne l'auraient jamais fait, il s'agit de jeunes médecins (exerçants depuis moins de 5 ans).

Mais la plupart des médecins a également déjà tu un évènement indésirable au cours de sa carrière (10 sur 15 médecins interviewés).

La décision d'annoncer ou pas au patient l'évènement indésirable survenu semble être prise en fonction des conséquences possibles sur le patient. Un médecin précise qu'il ne tait pas un évènement indésirable pour « le masquer » mais pour « ne pas majorer les effets de cet évènement indésirable » sur le patient. D'autres ne voient pas l'intérêt d'annoncer un évènement indésirable qui peut être rattrapé, sans risque pour le patient. Un autre médecin dit ne pas avoir osé annoncer l'évènement indésirable par « honte » face au patient.

De plus, hormis pour trois des médecins interrogés, annoncer même les « presque-incidents » (incident qui aurait pu mais n'a pas provoqué d'atteinte pour le patient) ne semble pas justifié. Les généralistes interviewés n'en voient pas l'utilité.

Pourtant « la qualité de nos soins et la sécurité des patients passent par un meilleur partage d'informations entre médecin et patient », grâce à « l'écoute centrée sur le patient ». Il s'agit d'une idée-force de Thierry Farge, évoquée lors du Symposium du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants, le 1^{er} avril 2008, sur le thème : « Erreurs médicales et évènements indésirables : comprendre, prévenir » [5, 16].

Et il semblerait tout de même possible, à la majorité des médecins interrogés, d'annoncer ces évènements indésirables : « je reconnais que je me suis trompé. »

« On peut faire des erreurs. » Ce sont « des choses qui peuvent arriver. » Mais « c'est compliqué de reconnaître une erreur quand la souffrance est pour l'autre. »

Certains sont même catégoriques et annoncent systématiquement car « la vérité finit toujours par sortir, on ne peut pas la cacher ou chercher une excuse. » Et ce serait même « plus nocif de ne pas le dire. »

5.3.3. Eléments qui pourraient limiter l'annonce d'évènements indésirables.

5.3.3.1. Craintes pour la relation médecin-patient.

Globalement les médecins ne redoutent pas de rompre le lien qu'ils entretiennent avec leurs patients, basé sur la confiance. Et la franchise semblerait même aider à ce lien. Pourtant « la perte de confiance » est une crainte présente au moment d'annoncer un évènement indésirable, et elle pourrait être difficile à vivre lorsqu'elle survient, tout comme, à moindre mesure, la « peur pour sa réputation. » Et d'après plusieurs des généralistes interrogés : « ça dépend du patient » concerné.

Une étude allemande traitant de 75 cas d'évènements indésirables graves en médecine générale a montré qu'il y avait plus de patients qui restaient fidèles à leur médecin traitant après une erreur médicale que de patients qui les quittaient. Les patients restaient d'autant plus si leur médecin jouait un rôle actif dans la découverte et la résolution de l'erreur médicale, qu'il était ouvert à la discussion et à la critique et qu'il n'était pas le seul à avoir contribué à l'erreur. [26]

5.3.3.2. Craintes pour le risque juridique.

Une partie des médecins ne pense pas au risque de procès dans sa pratique professionnelle, notamment en milieu rural.

Certains y pensent. Aussi parce qu'il y aurait « de plus en plus de procédures ». Un médecin avoue même : « c'est ma hantise, je fais beaucoup d'actions inutiles pour me défendre si... »

Les données annuelles publiées dans la revue Responsabilité sur les sociétaires du Sou médical- groupe MACSF situent le risque de sinistralité des généralistes autour de 1,2% (cela couvre uniquement les évènements indésirables qui ont donné lieu à des réclamations). [27] A partir de cette sinistralité, on peut extrapoler que presque un généraliste sur deux risque d'être mis en cause une fois au cours de sa carrière ($1,2\% \times 35 \text{ ans de carrière} = 42\%$ des généralistes). Ce risque est stable depuis les années 2000, mais il avait fortement augmenté à la fin des années 90, il était encore d'un généraliste sur dix risquant une mise en cause dans toute sa carrière en 1997. [11] Rappelons qu'il n'y a poursuite judiciaire que s'il y a faute médicale. [16]

Mais la peur des poursuites ne devrait pas freiner le médecin à annoncer les évènements indésirables. Des patients pris au hasard ont été interrogés par entretiens téléphoniques sur leur vécu des erreurs médicales, pour une étude anglaise parue dans la revue Family Practice en 1998. [28] Ils se plaignent plus souvent de « dommages émotionnels » par dysfonctionnement dans la relation médecin-patient et déshumanisation que d'erreurs techniques ou de dommages physiques. Le dialogue et l'honnêteté du médecin renforce la confiance. Révéler une erreur peut aider le patient à en surmonter les conséquences et peut limiter les recours judiciaires. [16]

5.3.4. Ressenti de l'évènement indésirable par le médecin responsable.

5.3.4.1. Vécu personnel d'un évènement indésirable.

Un évènement indésirable qui survient chez un médecin n'est pas forcément facile à vivre. Personnellement le médecin peut se sentir très mal, et certains des

généralistes interviewés ont parlé de quelques jours à quelques semaines très difficiles, d'insomnies. Il peut y avoir une remise en cause de leur pratique « au prix d'une grosse souffrance. » D'autres se sont senti « embêté par rapport au patient » qui a été mis en danger ou bien « fautif », « responsable ».

Le médecin souffre également au niveau de son égo, de la représentation qu'il se fait de lui-même. Pour annoncer ses erreurs il faut reconnaître ses torts et ce serait pour lui une façon de se rabaisser face au patient. « C'est une question de fierté, purement » précise un des interviewé. D'autres se trouvent « un peu bête » ou « honteux. »

Certains l'ont géré sans difficultés, sans « se rendre malade pour ça » ou en essayant d'en tirer bénéfice pour être plus vigilant par la suite.

D'après Luc Côté, psychothérapeute enseignant à la Clinique de Médecine Familiale de Verdun, à Montréal, auteur de l'ouvrage « Les réactions particulières de médecins face au sentiment d'échec », les médecins sont mal préparés à l'échec. Les étudiants en faculté de médecine débutent avec une fierté légitime, voire une toute-puissance, car « ils savent et on leur répète que seuls les meilleurs seront choisis. » De plus la formation médicale très dense, les stages, les gardes ne laissent pas de place à la verbalisation sur l'échec. « Il est à se demander si le silence et à l'extrême la négation du sentiment d'échec auraient entre autre fonction de survivre à cette formation si stressante. Le taux d'atteintes suicidaires, d'abus d'alcool et de drogues chez les étudiants en médecine a en ce sens de quoi inquiéter. » [20]

5.3.4.2. Evènement indésirable et seconde victime.

La seconde victime semble concerner les médecins généralistes interrogés. Seuls trois d'entre eux n'envisagent pas du tout cette perspective. Les douze autres, effectivement, confirment la difficulté potentielle que peut engendrer un évènement indésirable. Il peut être « source de stress, d'insomnies », entraîner une remise en

cause et pourrait même être dramatique pour un médecin. D'autres évoquent le risque de se détacher et de travailler dans la surprotection en « renforçant l'agressivité des traitements pour des raisons médico-légales », ce qui ne serait pas bénéfique au patient non plus.

Certains médecins interrogés ont identifié des facteurs de risque de burn out ou en tout cas de souffrance importante suite à un évènement indésirable. Il y aurait des facteurs de risque inhérents au professionnel de santé : être jeune médecin, sensible, manquant de confiance en soi, ne pas verbaliser l'évènement indésirable. Le mode d'exercice pourrait avoir son importance : travailler seul, avoir une activité surchargée ou, au contraire, trop calme fragiliserait d'autant plus le médecin. Des évènements indésirables aux conséquences graves, ou qui se répèteraient seraient également plus à risque d'engendrer une seconde victime.

Eric Galam a rédigé un ouvrage intitulé « L'erreur médicale, le burn out et le soignant. De la seconde victime au premier acteur » [18] dans lequel il met en lumière cette problématique de seconde victime et apporte des clés aux médecins pour y faire face.

Le magazine Prescrire dans son article « Le soignant, l'erreur et son signalement » [4] explique que le sentiment d'échec risque d'être vécu comme une menace à l'estime de soi. Il existerait en fait plusieurs stratégies défensives inconscientes en réaction à l'erreur :

- le déni : sous la forme d'un refus (« ça n'arrive jamais »), d'un oubli ou d'une « redéfinition » de l'erreur

- la minimalisation de l'erreur, projection où l'on attribue la responsabilité à d'autres ou au « système »

- la banalisation de l'erreur (« tout le monde en fait », « ça fait partie de la vie »)

-la pratique d'une médecine « défensive » par la multiplication d'examens ou d'actes qui peuvent être iatrogènes, loin du meilleur intérêt du patient

- l'introjection, où la personne se tient responsable, engendrant culpabilité, tristesse, rage avec risque de conduites à risque tels abus d'alcool, de drogue ou suicide. [20]

Par opposition aux autres, un médecin évoque le côté bénéfique des erreurs, qui lui servent d'expérience. « Je me suis trompé, je me corrige, je m'enrichis. »

Effectivement une enquête portant sur l'erreur médicale a été réalisée auprès de généralistes enseignants [29] et 70 % d'entre eux déclaraient utiliser l'erreur médicale comme outil pédagogique. Hors il semble qu'en dehors des initiatives de médecins généralistes enseignants en séminaires du 3^e cycle des études de médecine générale, il n'existe pas d'organisation pédagogique autour de l'erreur médicale. [30] Pourtant Pierre Klotz plaidait déjà en 1994, dans son ouvrage « L'erreur médicale, mécanismes et prévention », pour un « enseignement spécifique ciblé sur la faillibilité des médecins et de la médecine. » [31]

Un médecin dit prendre des congés répétés et discuter régulièrement avec des confrères pour justement mieux gérer ces situations.

5.3.4.3. Parler de son erreur.

Tous les médecins interrogés disent verbaliser leurs erreurs autour d'eux, et principalement auprès de collègues. Le but est d'évacuer, « de dédramatiser la situation », rompre la solitude et se rassurer en réalisant que les confrères sont également concernés.

L'erreur médicale a une répercussion moins forte sur la vie privée et professionnelle du médecin généraliste s'il accepte une critique mutuelle et un retour constructif entre collègues selon une étude allemande. [26]

Une enquête norvégienne auprès de 1318 médecins (dont 20 % de généralistes) confirme qu'un soutien des collègues semble aider à discuter ses erreurs et à en supporter ses conséquences. [4, 24]

Eric Galam, dans son ouvrage « L'erreur médicale, le burn out et le soignant » évoque deux réflexes utiles pour le médecin confronté à un évènement indésirable. Dans un premier temps procéder à un « retour réflexif approfondi et opératoire en revoyant les différentes étapes du déroulement », afin d'analyser au plus près l'évènement passé et d'améliorer sa propre pratique professionnelle. Dans un second temps il encourage le médecin à parler avec des collègues afin de ne « pas garder pour soi doutes et questionnements, tout en partageant l'analyse et la métabolisation. » [18]

Plusieurs médecins évoquent ainsi l'intérêt des groupes de pairs afin de se confronter à ses collègues et échanger sur sa pratique professionnelle.

De plus la prévention des évènements indésirables implique un changement d'état d'esprit, c'est-à-dire que « l'erreur ne doit plus être cachée » comme le recommande Claude Sureau dans l'ouvrage « L'erreur médicale ». « Il faut au contraire lui donner un rôle pédagogique en analysant ses conditions de survenue et en imaginant les moyens de prévention. » [1]

Pour ce faire il existe plusieurs méthodes de déclaration et d'analyse des erreurs.

Un médecin a confié participer à des groupes Balint pour gérer sa souffrance. Il s'agit d'un groupement d'une dizaine de soignants, associés à un leader à formation psychanalytique, qui échangent autour d'un cas clinique dans lequel la relation soigné-soignant pose problème et questionne. Les deux grandes idées enseignées

par Balint sont : « l'expérience de chaque soignant peut profiter aux autres, et la seule façon de transmettre une expérience est de donner la parole et que les autres écoutent. » [32]

Il existe également le groupe REPERES [33], association de formation et de recherche fondée en 1990 par des généralistes. Leur méthode vise à optimiser les propres pratiques des participants, « en les reconnaissant, et en explicitant les rouages et les problématiques tout en les échangeant avec celles de leurs pairs et de la communauté médicale ». [18]

La RMM ou Revue de morbi-mortalité est constituée de réunions régulières dont le but est d'analyser rétrospectivement, de manière collective et systémique des cas cliniques comportant un évènement indésirable ou une complication liée aux soins. Elle peut être mise en place dans tous les secteurs d'activité y compris en ambulatoire [18].

Un dispositif informatique ouvert aux abonnés de la revue Prescrire se nomme « Eviter l'évitable » [34]. Les signalements se font sur un site sécurisé et sont reçus par un chargé d'analyse, soumis au secret professionnel, qui élabore une observation détaillée de l'évènement (après échanges et accords avec le déclarant). Ensuite les autres membres de l'équipe en font une analyse approfondie et en ressort un retour d'expérience partagé avec les abonnés ainsi qu'un retour confidentiel au professionnel ayant fait le signalement. [18]

5.3.5. Conséquences sur la pratique professionnelle.

L'évènement indésirable a permis une modification de sa pratique chez treize médecins sur les quinze interrogés. Les professionnels se sont efforcés ensuite à être plus vigilant, ou plus prudent, plus rigoureux dans les actes techniques, ou plus pointu sur certaines connaissances médicales. Beaucoup ont insisté sur l'importance de noter un maximum d'informations dans les dossiers. Le but premier est de ne pas reproduire l'erreur, voire d'essayer de s'améliorer.

Selon un médecin interviewé : « la remise en cause fait partie de l'évolution de notre profession donc on est obligés de se remettre régulièrement en cause. » Un

autre médecin avoue avoir remis en cause son travail en s'apercevant au fil de sa pratique professionnelle de la « porosité entre [sa] vie, [ses] positions personnelles et l'exercice de [son] métier », contrairement à l'idée théorique de neutralité qu'il s'en faisait.

Plusieurs médecins disent, au contraire, ne pas s'être remis en cause suite à l'évènement indésirable qu'ils ont vécu, notamment lorsqu'il s'agissait plutôt d'une erreur d'inattention, selon eux. Un médecin a évoqué le souhait d'avoir une activité plus allégée car les évènements indésirables arriveraient plutôt dans des moments de surmenage, de manque de temps.

Aucun médecin n'a changé son approche de la formation médicale continue suite à un évènement indésirable. Pour certains, la formation médicale continue est utile de toute manière. Trois médecins regrettent les mauvaises conditions de réalisation de cette formation.

Trois autres médecins ne pensent pas que les évènements indésirables soient liés à un défaut de connaissance mais plutôt aux conditions de travail, à un défaut de concentration ou à des difficultés d'éthique; les problèmes portant sur « les décisions à prendre dans des situations intermédiaires, seul face à un patient, dans une situation donnée » (ce qui l'a amené à joindre un groupe Balint).

5.3.6. Améliorer l'annonce d'évènement indésirable au patient.

Les médecins généralistes interrogés trouvaient plutôt utile de sensibiliser leurs confrères à cette problématique d'annonce aux patients des évènements indésirables. Effectivement il semblerait que chaque médecin y soit confronté, « ça fait partie de la pratique. Tout être humain peut se tromper et on se trompe. »

Certaines suggestions ont été faites pour aider à communiquer sur le sujet. Beaucoup soulèvent l'intérêt de verbaliser ses propres évènements indésirables, que ce soit lors de groupes de pairs, ou peut-être lors de « conférences de présentations générales » qui permettraient de conserver l'anonymat. Un médecin propose la réalisation de réunions de formation sur le sujet. Un autre insiste sur l'importance de

former les étudiants, lors des stages pour qu'ils soient mieux armés qu'il ne l'était lui-même.

L'HAS a édité le guide « Annonce d'un dommage associé aux soins » et il semble méconnu des généralistes. Un des médecins interviewé suggère de l'envoyer à chaque médecin installé. En effet ce guide pourrait intéresser les généralistes, comme la majorité des interviewés de cette étude. Annoncer un événement indésirable est toujours délicat et difficile, et le médecin généraliste est seul face à cette situation. « Chacun fait face à sa conscience et à son mode d'exercice, chacun fait avec son caractère et ses états d'âme », comme le précise un médecin interrogé.

Selon Alain Moreau, professeur associé de médecine générale, « Une erreur médicale s'annonce comme une mauvaise nouvelle : il faut la reconnaître, s'excuser, écouter et accepter les réactions du patient. » De quelle façon ? Il suggère « l'approche centrée sur le patient. Si elle n'a pas le pouvoir de supprimer l'erreur médicale, elle permet à la médecine de rester humaine et donc à l'erreur médicale de le rester aussi. » [16]

5.3.6.1. Etre accompagné lors de l'annonce au patient.

Lors de l'annonce d'un événement indésirable, les médecins généralistes semblent tenir en majorité au face à face de la consultation, qui caractérise leur mode de fonctionnement habituel. Ils pensent pour beaucoup que la participation d'une tierce personne compliquerait cette annonce. Comme le dit un interviewé « c'est une relation entre le patient et le médecin, il faut prendre ses responsabilités. » Il n'y aurait pas d'intérêt à « diluer l'information. » Une personne tierce pourrait « donner raison ou atténuer la responsabilité de l'un ou de l'autre » précise cet interviewé. Un autre pense que si l'on fait participer un aidant du côté du médecin, le patient pourrait « se sentir cerné. »

Quelques médecins étaient ouverts à la présence d'une tierce personne aux côtés du patient qui reçoit cette annonce, afin que le discours soit effectivement compréhensible et que le patient puisse en reparler ensuite.

D'autres voyaient un intérêt à se faire aider par une personne extérieure lors de cette annonce, surtout en cas d'évènement grave, précisant qu'il faudrait « une aide confraternelle » qui pourrait relire le dossier, ou bien aider à reformuler et à expliquer le problème au patient. Deux médecins suggèrent alors la participation d'un membre de l'Ordre des médecins.

Ce qui est notable est que chaque médecin évoque plutôt l'intérêt du patient que le sien lors de sa réponse.

5.3.6.2. Comment annoncer systématiquement les évènements indésirables ?

Les médecins ne souhaitent pas tout annoncer systématiquement. Il semblerait vraiment que le cas par cas soit la réalité de leur pratique et de leur conviction.

Seuls trois médecins disent annoncer spontanément, systématiquement. D'autres pourraient se sentir obligés par la peur de la Justice. Un médecin confie ses doutes : « je ne sais pas, il s'agit toujours d'un moment de grande solitude. »

La plupart des médecins interrogés semble agir selon l'intérêt du patient, selon les conséquences de l'évènement indésirable sur le patient. Un médecin conclut par cette phrase qui pourrait probablement être reprise par les autres : « Je n'aime pas le systématique en médecine, systématiquement se poser la question de l'annoncer : oui, systématiquement l'annoncer : pas sûr. »

Après ces interviews, il est notable que les médecins n'ont pas conscience de l'obligation légale d'annoncer au plus tôt chaque évènement indésirable. Ils semblent

tous réagir selon leur propre conscience. Ne serait-il pas juste alors de les informer correctement de cette obligation légale qui ne leur laisse pas la possibilité de s'interroger sur le fait d'annoncer ou pas les événements indésirables ?

En milieu hospitalier, la certification des établissements de santé (V2010) demande aux établissements d'être « préparés » (réf. 11c) à la transparence lors de ces événements indésirables. [35] L'APHP a donc préparé un guide : « En cas d'évènement indésirable grave : que dire au patient ? Comment faire ? » [36]. Comment expliquer un tel fossé entre la médecine hospitalière qui se prépare et se retrouve évaluée sur la réalisation des annonces d'évènements indésirables, et la médecine générale libérale qui remet encore en doute le fait d'annoncer les événements indésirables ? Ne faudrait-il pas imaginer un guide similaire à celui de l'APHP, adapté à la médecine générale ? Peut-être pourrait-on compter sur l'Ordre des médecins pour ce genre d'initiative ? Ou alors pourquoi ne pas envoyer systématiquement à chaque généraliste le guide de l'HAS sur « L'annonce d'un dommage associé aux soins » comme le suggère un des médecins interviewé ?

Il semblerait aussi utile d'inclure rapidement dans les études médicales la formation sur la faillibilité de la médecine et des médecins, ce que Pierre Klotz réclamait il y a presque 20 ans déjà [31]. En effet les jeunes étudiants sont concernés par le risque d'erreur médicale dès leurs premiers pas à l'hôpital.

Les médecins généralistes interrogés semblent tous vouloir bien faire pour leurs patients et se soucient de leurs intérêts. Mais ils ne semblent pas prendre la mesure des risques encourus en masquant des événements indésirables à leurs patients. La loi Kouchner dont nous parlons date du 4 mars 2002 [21], elle a onze ans et semble encore méconnue des médecins généralistes, qui ne l'appliquent donc pas pour une grande partie d'entre eux. Peut-être faudrait-il imaginer plus de formations médicales continues centrées sur les obligations légales des médecins généralistes ?

Il faudrait déclencher une prise de conscience par les médecins de l'avantage pédagogique des erreurs mais également de la nécessité de transparence auprès de leurs patients.

VI. CONCLUSION.

Les évènements indésirables font partie de toute pratique médicale, que ce soit en milieu hospitalier ou en libéral. Médico-légalement il est obligatoire de les annoncer aux patients depuis la loi du 4 mars 2002 et les services hospitaliers ont intégré cet élément dans leur démarche qualité.

Pourtant effectuer cette étude sur l'annonce des évènements indésirables par les médecins généralistes a été novateur et a pu sembler dérangent pour les praticiens interrogés, tant la médecine générale libérale semble à l'écart de ces problématiques.

Par ce travail qualitatif il a été possible de comprendre la façon de réagir des généralistes libéraux face aux évènements indésirables. Ces médecins sont globalement en accord avec la législation, et ils annoncent les évènements indésirables, avec la volonté de bien faire pour leurs patients et de maintenir le lien de confiance qu'ils ont tissé avec eux. Mais ils semblent loin d'envisager l'obligation légale. Ainsi masquer un évènement indésirable serait envisageable pour eux dans le cas où l'annoncer n'apporterait pas de bénéfice au patient.

Faire face à un évènement indésirable peut être source de souffrance et les médecins généralistes éprouvent le besoin d'en parler. Devenir la seconde victime [17] d'une erreur médicale leur semble envisageable.

A l'issue de cette étude il nous paraît essentiel de former les médecins à faire face à leurs erreurs. La pédagogie par l'erreur est un très bon moyen de progresser sur le plan théorique. De plus il faut absolument prendre conscience que gérer ses erreurs sur le plan humain, avec les patients, et sur le plan émotionnel, avec sa propre conscience, est gage d'une bonne qualité d'exercice de la profession.

Cette formation devrait avoir lieu dès les études médicales initiales puis se poursuivre dans le cadre de la formation médicale continue. Quelle serait la meilleure façon de l'enseigner ? Comment réussir à rendre naturelle la notion d'évènement

indésirable dans la pratique médicale et comment systématiser son annonce ? Les pistes de réflexion sur le sujet sont larges. Poursuivre l'évolution des mentalités est indispensable afin d'éloigner l'image de toute-puissance du médecin, qui reste avant tout un être humain exerçant la profession de médecin.

Ce travail, en étudiant la gestion des événements indésirables par les généralistes, a pour but d'améliorer la sécurité du système de soins. Or « un système sûr n'est pas un système où il ne se commet pas d'erreur mais un système qui se protège » [1], qui se protège de l'erreur pour s'en affranchir. Et pour ce, il faut pouvoir s'ouvrir à l'autocritique plutôt que s'enfermer dans la dissimulation des erreurs. Ainsi, afin d'améliorer la gestion des risques et des erreurs en médecine, il faut déjà être capable d'accepter les événements indésirables et les annoncer, pour, *in fine*, les analyser et empêcher qu'ils ne se reproduisent.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SUREAU C., LECOURT D., DAVID G. L'erreur médicale. Presses Universitaires de France, Quadrige essais-débats, Paris, 2006, 213 p.
- [2] FIGON S., CHANELIERE M., MOREAU A., LE GOAZIOU M.F. Impact des évènements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. La Presse Médicale, 2008, vol. 37, n° 9, pp 1220-1227.
- [3] THOMSON R., LEWALLE P., SHERMAN H., HIBBERT P., RUNCIMAN W., CASTRO G. Towards an International Classification for Patient Safety : a Delphi survey, International Journal Quality Health Care, 2009, 21, pp 9-17.
- [4] PRESCRIRE. Le soignant, l'erreur et son signalement. Revue Prescrire, 2010, tome 30, n°320, pp 457-458.
- [5] FARGE Thierry. Boite à outils. In : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants- UCLB Lyon I, Symposium : Erreurs médicales et évènements indésirables : comprendre, prévenir, 1 avril 2008, Lyon [en ligne]. Disponible sur : <http://www.clge.fr/IMG/pdf/Boite_a_outils_symposium_1_avril_2008.pdf> (consulté le 15.11.2012).
- [6] MICHEL P. Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins. Série Etudes, document de travail – DREES, 2006, 107 p.
- [7] PRESCRIRE. Eviter l'évitable. Revue Prescrire, 2005, Numéro spécial n° 267, p 885.
- [8] REASON J. Combating omission errors through task analysis and good reminders. Quality Safety Health Care, 2002, vol. 11, pp 40-44.
- [9] DOVEY S.M., MEYERS D.S., PHILLIPS R.L., GREEN L.A., FRYER G.E., GALLIHER J.M. , et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Quality Safety Health Care, 2002, vol. 11, pp 233-238.
- [10] KOHN L., CORRIGAN J., DONALDSON M. To Err is human: building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2000.

- [11] AMALBERTI R., BON-LETOUZEY C., SICOT C. La gestion des risques en médecine générale. Médecine générale, Responsabilité [en ligne]. 2009. Disponible sur http://www.macsf.fr/file/lientexte/gestion_risques_amalberti_premiere_partie.pdf (consulté le 13.11.2012)
- [12] PRESCRIRE. Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante. Revue Prescrire Editorial, 2003, tome 23, n° 241, pp 543-44.
- [13] HOLDEN J., O'DONNELL S., BRINDLEY J., MILES L. Analysis of 1263 deaths in four general practices. British Journal of General Practice, 1998, vol. 48, pp 1409-1412.
- [14] POUYANNE P., HARAMBURU F., IMBS J.L., BEGAUD B. and the French Pharmacovigilance Centres. Hospitalisations due to adverse drug reactions : a cross sectional study in medical departments. British Medical Journal, 2000, 320, p 1036.
- [15] MICHEL P., QUENON J.L., DJIHOUD A., BRU SONNET R., LOULIERE B., EGEA C. EVISA Quels sont les évènements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers et conduisant à une hospitalisation ? Quelles sont leurs causes et leurs conséquences ? [en ligne]. CCECQA, 2009. Disponible sur <<http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/EVISA-FicheResume-4pages.pdf>> (consulté le 12.09.2013)
- [16] FIGON S., FARGE T., LE GOAZIOU M.F. Erreurs médicales : comprendre et prévenir. La revue du praticien- Médecine générale, 2008, tome 22, n°809, p 902.
- [17] WU Albert W. Medical error : the second victim. British Medical Journal, 2000, vol. 320, n° 7237, pp 726–727.
- [18] GALAM E. L'erreur médicale : le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur. Springer, Paris, 2011, pp 235-260.
- [19] GALAM E. L'erreur médicale en médecine générale. Revue Responsabilité, 2007, vol. 7, n° 26, pp 5-8.
- [20] COTE Luc. Les réactions particulières de médecins face au sentiment d'échec. Can Fam Physician, 1988, vol. 34, pp 955-961.

[21] MINISTERE DE LA SANTE. Procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales [en ligne]. Article L1142-4 créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 98 JORF 5 mars 2002.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FD1A1587E98A300956DC60F11757EC7B.tpdjo07v_1?idArticle=LEGIARTI000006686001&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131028> (consulté le 15.11.2012).

[22] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Annonce d'un dommage associé aux soins Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville, mars 2011 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf> (consulté le 13.11.2012).

[23] MINISTERE DE LA SANTE. Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté [en ligne]. Article L1111-2 modifié par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665>> (consulté le 24.10.2013).

[24] AASLAND O.G., FORDE R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives : the importance of being open to criticism from colleagues. Quality Safety Health Care, 2005, vol. 14, n°1, pp 13-17.

[25] ADOUANI Marine. L'erreur médicale en médecine générale. Thèse de médecine générale. Nice : Faculté de médecine, 2010, 170 p.

[26] FISSENI G., PENTZEK M., ABHOLZ H.H. Responding to serious medical error in general practice- consequences for the GPs involved : analysis of 75 cases from Germany. Family Practice, 2007, vol. 25, n°1, pp 9-13.

[27] SICOT C. Le risque des professions de santé : publication annuelle hors série. Revue Responsabilité, 2008.

[28] BHASALE A. The wrong diagnosis : identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring. Family Practice, 1998, vol. 15, pp 308-318.

- [29] COMTE C. Conséquences de l'erreur médicale grave. Enquête auprès des médecins généralistes chargés d'une mission d'enseignement. Thèse de médecine générale. Montpellier : Faculté de médecine Montpellier 1, 2003, 135 p.
- [30] PRESCRIRE. La valeur pédagogique de l'erreur. Revue prescrire, 2005, tome 25, n°258, p 136.
- [31] KLOTZ P. L'erreur médicale, mécanismes et prévention. Maloine, Paris, 1994, 147 p.
- [32] SOCIETE MEDICALE BALINT FRANCE. Les groupes Balint, une formation à la relation de soin [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.balint-smb-france.org/>> (consulté le 01.10.2013).
- [33] GROUPE REPERES. Groupe Repères (Recherche et Formation continue) : "Reconnaître et développer les compétences humaines du médecin" [en ligne]. Disponible sur : <www.reperesmg.fr> (consulté le 01.10.2013).
- [34] PRESCRIRE. Programme Prescrire Eviter l'Evitable [en ligne]. Disponible sur : <<http://evitable.prescrire.org/Fr/35/81/0/0/About.aspx>> (consulté le 04.10.2013).
- [35] ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. Qualité et sécurité des soins, Evénement indésirable : parlons-en [en ligne]. Disponible sur : <<http://portail-web.aphp.fr/qualite-securite/Evenement-indesirable-parlons-en.html?article>> (consulté le 15.10.2013)
- [36] ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. En cas d'évènement indésirable grave (EIG) : que dire au patient ? Comment faire ? [en ligne]. Disponible sur : <http://portail-web.aphp.fr/qualite-securite/IMG/pdf/fiche_pratique.pdf> (consulté le 15.10.2013).
- [37] GALAM E. L'erreur médicale. La revue du Praticien, 2005, n° 686, pp 377-380.
- [38] DAVID G., SUREAU C. De la sanction à la prévention : pour une prévention des événements indésirables liés aux soins. Rapport à l'Académie nationale de médecine, Séance du 4 avril 2006. Bulletin d'Académie nationale de Médecine, 2006, vol. 190, n° 4-5, p 1103.

[39] VENUS E. L'erreur médicale : impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Thèse de médecine générale. Paris Diderot : UFR de *médecine* Paris 7, 2011, 111 p.

[40] AMOGHLY RAHIMI S. Réalisation des thèses et mémoires en médecine générale : détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisé de médecine générale. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine de Nancy, 2011, 212 p.

ANNEXE 1 :

Guide d'entretien utilisé lors des entretiens semi-dirigés

Guide d'entretien

1) Mise en place du cadre :

Un **évènement indésirable** en médecine peut être défini comme « tout évènement ou circonstance qui a entraîné ou aurait pu entraîner une atteinte inutile pour un patient ».

Avez-vous une expérience d'évènement indésirable que vous voudriez évoquer pour illustrer le propos ?

2) L'annonce de l'évènement indésirable :

La loi du 4 mars 2002 rend obligatoire l'annonce aux patients des évènements considérés comme indésirables, dans les 15 jours suivant cet évènement.

Que pensez-vous de cette loi ?

Avez-vous déjà fait une telle annonce à un de vos patients ?

-*Si oui* : Comment l'avez-vous vécu ? Y a-t-il eu un impact sur la relation médecin patient ensuite ? Aviez-vous des craintes à ce sujet ? Qu'est-ce qui pourrait vous freiner pour annoncer un évènement indésirable ?

-*Si non* : Avez-vous déjà eu un évènement indésirable dont vous aviez connaissance ? Pour quelles raisons ? Aviez-vous pensé aux potentiels risques juridiques ? A votre relation avec ce patient dans le futur ? Comment avez-vous vécu cet évènement indésirable ?

Quant aux presque-incidents (incident qui aurait pu mais n'a pas provoqué d'atteinte pour le patient) pensez-vous utile de les annoncer ?

3) Conséquences de l'annonce :

Que pensez-vous de la notion de 2^e victime (le soignant responsable qui risque de remettre en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales, il risque un sentiment d'échec, source de stress et de burn out, c'est comme un « accident de travail » pour le médecin) ?

Après cet évènement indésirable, en avez-vous parlé ? Avec vos pairs ?

Y a-t-il eu une répercussion sur votre pratique médicale (modification de vos démarches diagnostiques ou thérapeutiques) ? Dans la tenue de vos dossiers-patients ? Ou une remise en question de votre travail ?

Pensez-vous que cela change votre approche de la formation médicale continue ?

4) Comment pourrions-nous améliorer cette annonce ?

L'HAS a édité un guide destiné aux professionnels de santé intitulé « Annonce d'un dommage associé aux soins », en avez-vous eu connaissance ? Pensez-vous qu'il pourrait vous être utile ?

Pensez-vous qu'il serait utile de sensibiliser vos confrères à cette problématique ? Et si oui de quelle manière ?

Lors de l'annonce, la participation d'une tierce personne pourrait-elle améliorer les choses ? Du côté médical ou du côté patient ?

Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à annoncer systématiquement les évènements indésirables ?

ANNEXE 2 :

GUIDE DE L'HAS : Annonce d'un dommage associé aux soins.

Annonce d'un dommage associé aux soins

L'annonce d'un dommage associé aux soins consiste avant tout à établir un espace de dialogue entre soignant et patient visant à maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance. Elle s'inscrit également plus largement et durablement dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, contribuant ainsi au développement d'une culture de sécurité des soins.

Pour en savoir plus, le guide est disponible sur www.has-sante.fr

POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

- Un dommage est la conséquence d'un événement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur. Selon les cas, le dommage peut avoir des répercussions physiques, psychologiques, voire sociales et matérielles. Annoncer un dommage consiste donc à prendre en considération le patient et à reconnaître sa souffrance, ce qui contribue à le soulager, à l'apaiser, et par voie de conséquence, à apaiser une relation soignant-patient parfois mise à mal.
- L'annonce d'un dommage constitue une étape indispensable dans la relation soignant-patient, permettant d'apporter une réponse aux attentes exprimées par le patient. Cette annonce correspond non seulement à une obligation éthique et légale¹, mais elle s'inscrit également dans une démarche de gestion des risques visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et contribue à rendre le patient acteur de sa santé.
- Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, il revient aux professionnels de l'informer au plus vite, de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou la demande expresse du patient (en application de l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique). Une communication rapide évitera d'accroître son angoisse, voire sa colère, et traduira l'attention et le souci qui lui sont portés tant sur le plan physique que psychologique.

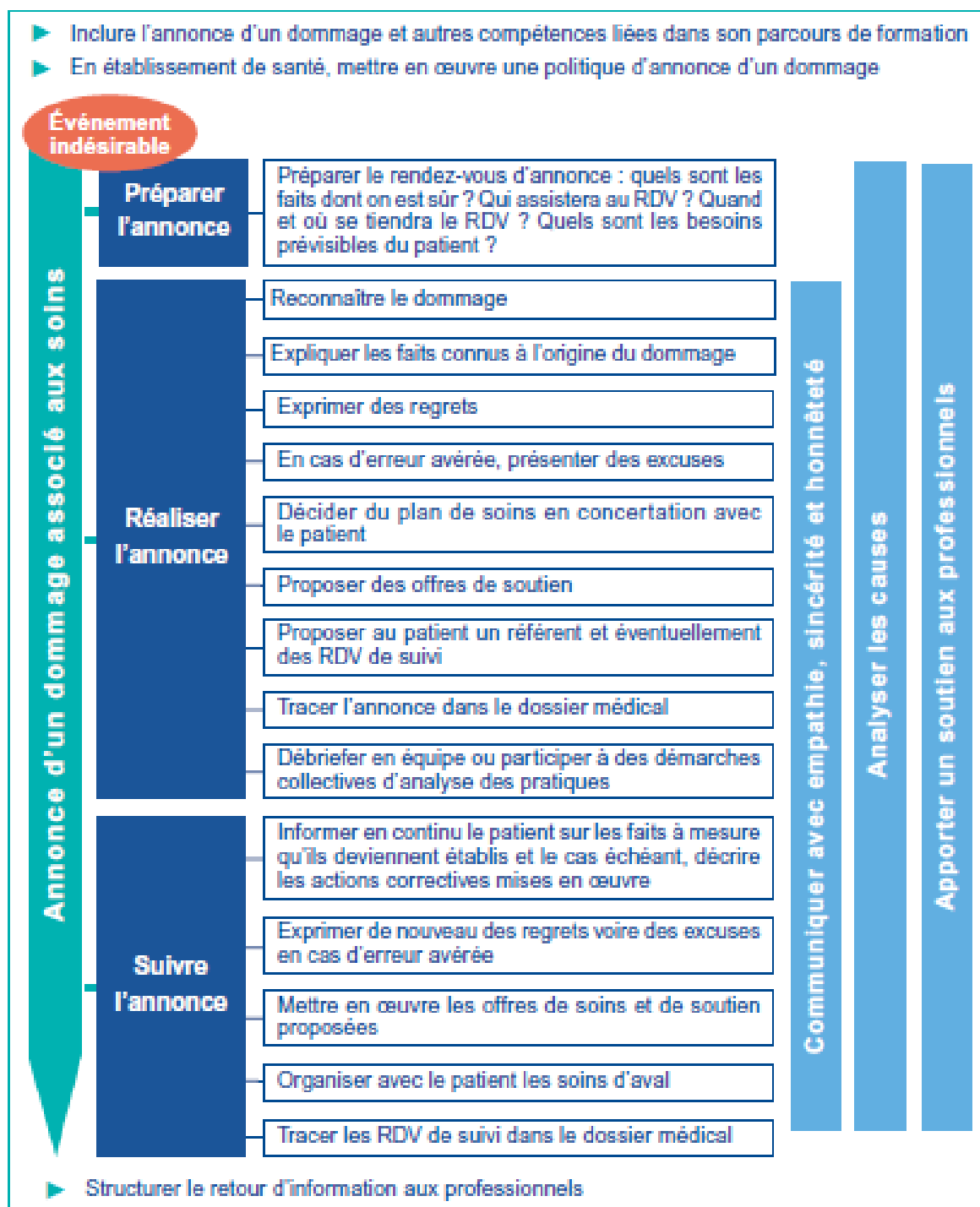
POURQUOI EST-CE DIFFICILE ?

- Expliquer au patient les « quoi ? », « pourquoi ? », « comment ? » et autres questions liées au dommage est un exercice difficile. Le manque de formation, la difficulté à gérer ses propres émotions (culpabilité, sentiment d'échec, anxiété, etc.) et la crainte d'une éventuelle plainte font que souvent les professionnels ne savent ni comment faire ni comment dire, et peuvent donc être découragés à l'idée d'initier une telle démarche.
- Pourtant, plusieurs études ont montré qu'une annonce bien menée suite à la survenue d'un dommage tend à répondre aux attentes du patient, à renforcer sa confiance envers le soignant et à limiter une judiciarisation de l'événement. Annoncer un dommage place plus largement le professionnel dans une démarche de questionnement quant à ses pratiques, puisqu'il sera incité à analyser les causes à l'origine des événements indésirables, et le cas échéant à mettre en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge des patients.
- Le guide « Annonce d'un dommage associé aux soins » vise à accompagner les professionnels dans cette démarche empreinte de transparence et d'humanité.

1. L'article L. 1142-4 dispose que « Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage ».

LES TROIS TEMPS DE L'ANNONCE

- L'annonce d'un dommage s'inscrit dans une démarche de gestion des risques, qui comprend le signalement des événements indésirables, l'investigation systémique des causes, la mise en œuvre d'actions correctives lorsque des défaillances ont été révélées et le suivi de ces actions correctives. Pour réussir cela, il est indispensable d'instaurer une culture de sécurité, elle-même bâtie notamment sur une vision pédagogique et non punitive de l'erreur², une communication entre professionnels fondée sur la confiance et la transparence, etc.



2. Si l'impunité n'est pas de mise, la culture non punitive de l'erreur permet aux professionnels d'améliorer leurs pratiques en les analysant de manière approfondie, sans pour autant redouter au sein de leur établissement une éventuelle recherche de responsabilité que seul un juge est habilité à déterminer.

DIX REPÈRES INCONTOURNABLES

- L'annonce d'un dommage peut être déclinée autour de 10 points clés ; autant de repères tous aussi indispensables les uns que les autres.

Acquérir/perfectionner des connaissances et compétences en communication
• Être formé à l'annonce d'un dommage (formation initiale et continue) • Participer à des démarches collectives d'amélioration des pratiques professionnelles • Apprendre à gérer ses émotions ainsi que celles du patient
Communiquer de manière respectueuse, claire, sincère et transparente avec le patient
• Informer le patient en continu • Éviter le « jargon » médical, être vigilant à son langage corporel • Écouter le patient, lui permettre d'exprimer ses émotions et de poser des questions
Communiquer sur des faits connus et sûrs
• Ancrer sa communication dans l'exactitude des faits, sans se culpabiliser
Reconnaître le dommage
• Informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité • Ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient
Exprimer des regrets voire des excuses
• « Nous sommes désolés de ce qui vous arrive » résume par exemple l'empathie des professionnels face au dommage subi par le patient. En cas d'erreur avérée, les regrets doivent être accompagnés d'excuses ; excuses qui ne doivent ni jeter le blâme sur soi-même ou un tiers ni signifier la reconnaissance d'une responsabilité médico-légale
Répondre aux besoins du patient
• Prodiger les soins adéquats pour atténuer les conséquences de l'événement • Organiser la continuité des soins • Proposer, en sus du soutien médical, un soutien psychologique, social ou spirituel selon le cas • Anticiper des besoins spécifiques, tels que la présence d'un interprète
Prendre en compte l'entourage du patient
• Avec l'accord explicite du patient, associer ses proches à l'annonce du dommage
Respecter la confidentialité
• Respecter le droit à la confidentialité et à l'intimité du patient • Organiser tous les échanges dans un lieu adapté, calme et confortable
Respecter l'individualité du patient
• Considérer la gravité du dommage selon le point de vue du patient • Ajuster la démarche d'annonce au cas par cas
Répondre aux besoins des professionnels
• En établissement de santé, organiser un circuit de soutien pour les professionnels • En ville, rechercher un soutien extérieur, ou auprès de ses pairs, pour ne pas être isolé le moment venu

HAS

Tous les outils et programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques sont téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr

Mars 2011

ANNEXE 3 :

GUIDE DE L'APHP : En cas d'évènement indésirable grave : Que dire au patient ? Comment faire ?

EN CAS D'ÉVÉNEMENT INDESIRABLE GRAVE (EIG) : QUE DIRE AU PATIENT ? COMMENT FAIRE ?

Vous pouvez être un jour confronté à un accident ou une erreur médicale, entraînant des séquelles importantes. Quand et comment informer le patient et ses proches ? Ces situations exceptionnelles, toujours soudaines, nécessitent des repères pour conduire cette démarche qui n'est ni facile, ni innée.

Pourquoi Informer ?

De l'exigence éthique à l'obligation légale	➤ Informer le patient, en cas d'EIG est dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 ➤ La certification des établissements de santé (V2010) demande aux établissements d'être « préparés » (réf. 11c)	Les bonnes pratiques Les premiers standards ont été publiés par les australiens en 2003.
« Je ne recherche pas le risque zéro mais le mépris zéro » Une patiente (HAS 2007)	Ce que veulent les malades : ➤ A l'unanimité : être informés rapidement et systématiquement, surtout si c'est grave ➤ l'expression de regrets et des excuses, en cas d'erreur ➤ Eventuellement, une indemnisation ➤ Plus rarement, une sanction... sauf si on leur a dissimulé l'événement et l'erreur En pratique, 75% des patients confrontés à un événement indésirable disent ne pas avoir été informés	Guid du contentieux ? Des études nord-américaines ont montré qu'une politique de gestion des risques et de « transparence » permettait de diminuer le nombre et le coût des litiges.

Faites-vous aider

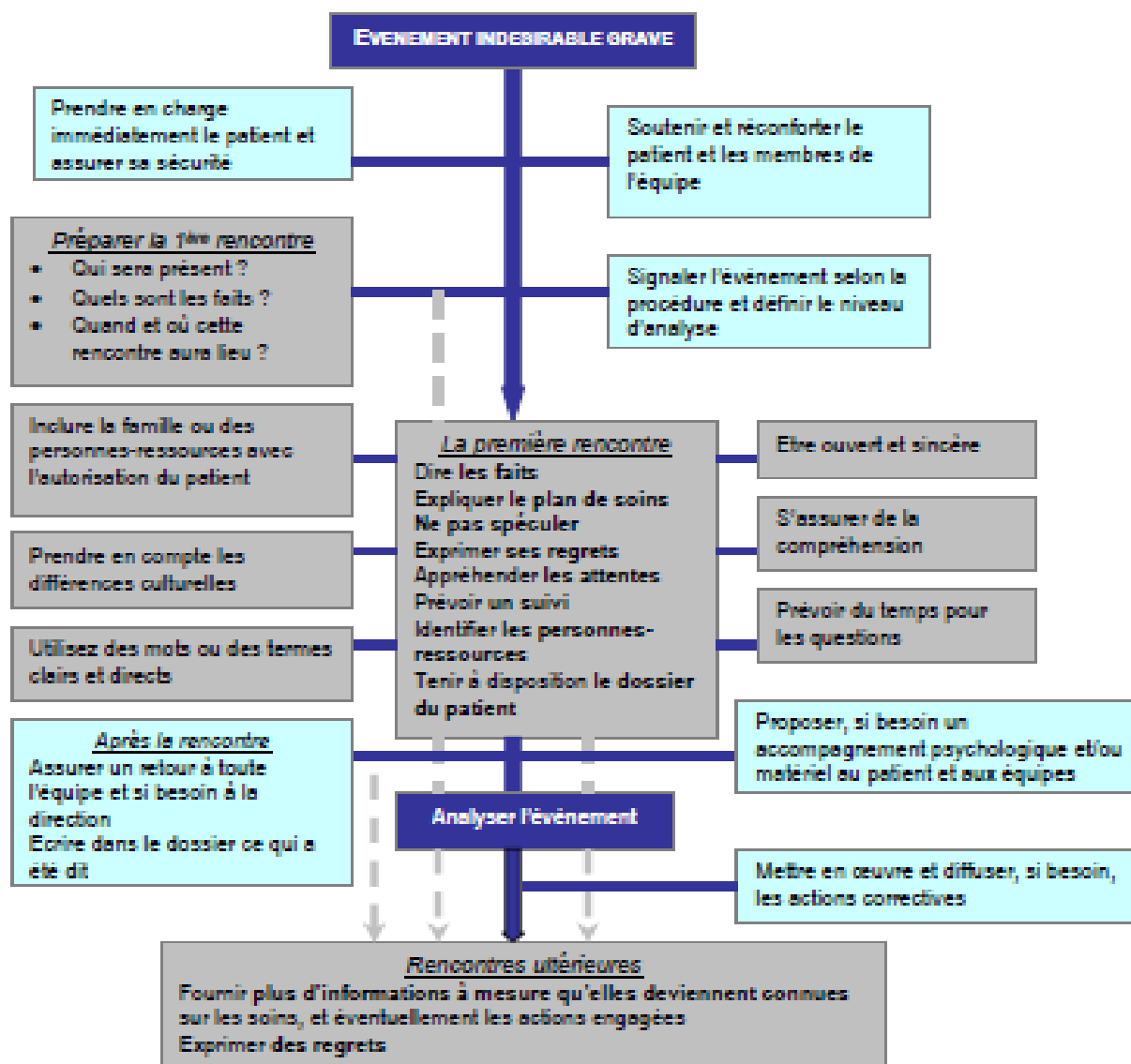
« Transformer la culture de la faute en une culture de la responsabilité partagée » A-M Ceretti, président de la mission MIDSS	➤ Pensez à toujours informer le chef de service, le cadre de soins ➤ Le gestionnaire des risques, le médiateur et le chargé des relations avec les usagers de votre hôpital sont là pour vous aider dans le signalement et l'analyse de l'événement, dans l'accompagnement du patient et de ses proches.	L'hôpital doit s'engager en : □ facilitant le signalement et l'analyse des erreurs, sans sanctionner □ soutenant les équipes □ accompagnant le patient et ses proches
---	---	--

Préparez la rencontre

« Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer des mauvaises nouvelles mais il y en a qui sont moins dévastatrices que d'autres. »	Les principes : ➤ une information initiale très rapide mais limitée à ce qui est certain, sans accuser les autres, même pour dire « je ne sais pas » ➤ de l'écoute et de l'empathie ➤ une progressivité de la démarche d'information ➤ une explication sur ce qui sera fait pour éviter, en cas de dysfonctionnement, qu'un tel événement ne se reproduise	Où ? Choisir un lieu calme, neutre, sans risque d'interruption, où chacun est assis à égalité Qui ? Le médecin senior en lien avec l'équipe infirmière...
---	---	---

Intégrer la communication au patient dans votre démarche de gestion des risques (schéma)

GERER, ANALYSER L'EIG ET INFORMER LE PATIENT



Source : Institut canadien pour la sécurité du patient (adaptation)

Pour en savoir plus



- Commander le guide « Événement Indésirable grave, parlons-en » auprès de : patricia.gilles@ap.aphp.fr
- Consultez notre site Intranet (<http://portail-cms.aphp.fr/gestion-ciaques>) et Internet (<http://qualite-securite.aphp.fr/-Assurer-la-securite-.htm?rubrique>)

VU

NANCY, le **13 novembre 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **19 novembre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur M. KLEIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6700

NANCY, le 25/11/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

L'évènement indésirable en médecine se définit comme « tout évènement ou circonstance qui a entraîné ou aurait pu entraîner une atteinte inutile pour un patient ». Annoncer chaque évènement indésirable est rendu obligatoire par la loi du 4 mars 2002. Alors qu'en milieu hospitalier cette pratique est évaluée lors de l'accréditation, qu'en est-il pour la médecine générale libérale ?

Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, auprès de 15 médecins généralistes libéraux de Lorraine. Le but était d'évaluer la façon dont ces praticiens gèrent les évènements indésirables qui surviennent dans leur pratique professionnelle.

Acceptant ce devoir d'annonce, les médecins préfèrent, pour beaucoup, s'adapter à chaque situation. Leur communication porte plutôt sur des informations qui apporteraient un bénéfice pour le patient. Les praticiens évoquent leurs craintes d'une éventuelle altération de la relation avec le patient et du risque juridique potentiel ; ces doutes peuvent peser dans la prise de décision d'annoncer ces évènements (ou pas). La révélation semble souvent un acte difficile pour les médecins. Ces derniers éprouvent ensuite le besoin d'en parler à des confrères, et certains évoquent le risque d'être victime également, à leur niveau, de l'évènement indésirable.

Cette étude a montré que le comportement des généralistes n'est pas forcément adapté à la législation ; il serait souhaitable d'informer et d'encourager les médecins à cette obligation légale. L'inclusion dans les études médicales de la pédagogie par l'erreur pourrait être une voie de réflexion afin de rendre naturelle la gestion des risques et des erreurs pour les futurs médecins.

TITRE EN ANGLAIS

ADVERSE EVENTS IN GENERAL PRACTICE : Announcement methods and Consequences.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLEFS :

Evènement indésirable - Annonce

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY